

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA DEL ECUADOR-UNIB.E
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



**GUÍA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A
12 MESES DE EDAD, DIRIGIDA A MÉDICOS PEDIATRAS DEL CENTRO
MÉDICO MEDITROPOLI**

Trabajo de titulación para la Obtención del Título de
Nutrición y Dietética

Autor:

Karina Adelaida Arboleda Proaño

Andrés Efraín Rueda Chávez

Director del Trabajo de Titulación:

Mgst. Carla Caicedo

Quito, Ecuador

Julio, 2022

Quito, 28 de julio de 2022

CARTA DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Mgst. Carla Caicedo

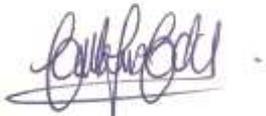
Director(a) de la Carrera Nutrición y Dietética

Presente.

Yo, **Carla Caicedo** Director(a) del Trabajo de Titulación realizado por los estudiantes Karina Arboleda y Andrés Rueda de la carrera de Nutrición y Dietética informo haber revisado el presente documento titulado **GUÍA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 12 MESES DE EDAD, DIRIGIDA A MÉDICOS PEDIATRAS DEL CENTRO MÉDICO MEDITROPOLI**, el mismo que se encuentra elaborado conforme al Reglamento de titulación, establecido por la **UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA DEL ECUADOR, UNIB.E** de Quito y el Manual de Estilo institucional; por lo tanto, autorizo su presentación final para los fines legales pertinentes.

En tal virtud autorizo a los Señores a que concedan a realizar el anillado del trabajo de titulación y su entrega en la secretaria de la Escuela.

Atentamente,



Mgst. Carla Caicedo

Director del Trabajo de Titulación

CARTA DE AUTORÍA DEL TRABAJO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de Trabajo de Titulación “**GUÍA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 12 MESES DE EDAD, DIRIGIDA A MÉDICOS PEDIATRAS DEL CENTRO MÉDICO MEDITROPOLI**”, así como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta(s) son de exclusiva responsabilidad de nuestra persona, como autores del presente documento.

Autorizamos a la Universidad Iberoamericana del Ecuador (UNIB.E) para que haga de este documento un documento disponible para su lectura o lo publique total o parcialmente, de considerarlo pertinente, según las normas y regulaciones de la institución, citando la fuente.



Karina Adelaida Arboleda Proaño

1726028812

Quito, 28 de julio de 2022



Andrés Efraín Rueda Chávez

1723514152

Quito, 28 de julio de 2022

DEDICATORIAS

Me gustaría dedicar esta tesis a toda mi familia. A mis padres Efraín y Laura quienes con su paciencia y amor me han permitido llegar a cumplir hoy este sueño; por haberme forjado y guiado para llegar a ser la persona que soy ahora, a mi hermano Gabriel, por su comprensión, ayuda en todo momento de mi etapa universitaria, por enseñarme a creer en mí mismo, en especial su ayuda moral, intelectual y en otros campos, también quiero agradecer a las personas incondicionales como son mis mejores amigos Alejandro y Cecilia que supieron animarme en momentos difíciles por los que pasé.

Andrés Rueda.

Dedico este trabajo a mis padres Marcelo Arboleda e Inés Proaño por creer en mí y brindarme el apoyo incondicional en esta etapa tan importante de mi vida, a mis hermanas Katherine y Karen por darme el apoyo moral y motivacional cuando más lo necesitaba y a todas las personas que estuvieron aportando con su granito de arena durante todo el camino. Gracias a ustedes con su amor, consejos y paciencia he logrado culminar una meta más de mi vida.

Karina Arboleda

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestra tutora Carla Caicedo y a todos los docentes que conforman la Universidad Iberoamericana del Ecuador, que nos incentivaron y apoyaron con sus conocimientos para la culminación de esta hermosa carrera y esta investigación, a nuestros amigos y compañeros que nos dieron el aliento necesario en situaciones difíciles y en diferentes adversidades que se presentaron a lo largo de nuestra carrera.

Karina Arboleda y Andrés Rueda

ÍNDICE GENERAL

CARTA DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	i
CARTA DE AUTORÍA DEL TRABAJO.....	ii
DEDICATORIAS	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
RESUMEN.....	xi
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA	3
Planteamiento del problema	3
Objetivos de la investigación	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos.....	6
Justificación e Impacto de la Investigación	6
Alcance de la investigación.....	8
CAPÍTULO II.....	9
MARCO TEÓRICO	9
Antecedentes de la investigación.....	9
Bases teóricas	12
Edad cronológica y corregida	12
Alimentación Complementaria.....	15
Necesidades nutricionales	19
Macronutrientes.....	19
Micronutrientes.....	20
¿Con qué alimentos iniciar la alimentación complementaria?.....	21
Cereales.....	22
Lácteos.....	22
Carnes.....	22
Huevo.....	23
Pescado	23
Frutas y Verduras.....	23
Legumbres	23
Lípidos.....	24
Frutos secos.....	24

Sal y Condimentos	24
Minerales.....	24
¿Qué alimentos se debe evitar?	25
Miel de abeja.....	25
Azúcar y Edulcorantes.....	25
Café y Tés.....	26
Embutidos	26
Frecuencia de consumo de alimentos	26
Daños de la Alimentación Complementaria en relación con la Edad	28
Introducción temprana de la AC	28
Introducción tardía de la AC	29
Métodos para iniciar la alimentación complementaria.....	30
Método tradicional o de cuchara.....	30
Método mixto.....	31
Método Baby-Led Weaning	31
Método Bliss (baby led introduction to solids)	32
¿Qué es una guía?	32
¿Qué se debe de tener en cuenta?	33
¿Qué va a contener la guía propuesta?	33
Fundamentación legal	33
CONSTITUCIÓN	33
CONVENIOS INTERNACIONALES	34
Ley orgánica de consumo, nutrición y salud alimentaria.....	35
Decretos regionales	36
CAPÍTULO III.....	38
MARCO METODOLÓGICO	38
Naturaleza de la investigación	38
Paradigma de la investigación.....	38
Enfoque de la investigación.....	39
Población y muestra	40
Población	40
Muestra	40
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	41
Técnicas de investigación	41
Instrumentos de investigación	42

Operacionalización de la variable	43
Instrumento de recolección de datos	46
Validez y Confiabilidad	46
Validez	46
Confiabilidad	46
Técnicas de análisis de los datos	47
CAPÍTULO IV	48
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	48
Resultados de la investigación	48
Dimensión: Rasgos Personales.....	48
Dimensión: Concepción de la Alimentación Complementaria	49
Dimensión: Diferencia en Alimentación Complementaria	54
Dimensión: Herramienta para la Alimentación Complementaria	56
Dimensión: Recomendaciones de la Alimentación Complementaria	57
Dimensión: Baby Led Weaning (BLW)	61
CAPÍTULO V	74
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
Conclusiones	74
Recomendaciones	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS.....	84
Anexo 1	85
Anexo 2	85
Anexo 3	87

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Frecuencia de alimentos	26
Figura 2. Sexo.....	48
Figura 3. Años de experiencia.....	49
Figura 4. ¿Quién informa sobre AC?.....	49
Figura 5. Edad recomendada para la AC.	50
Figura 6. Flexibilidad para adelantar la AC.....	51
Figura 7. (cont.).....	51
Figura 8. Flexibilidad para retrasar la AC.	52
Figura 9. (cont.).....	53
Figura 10. Sigues el mismo patrón con los niños amamantados que con los que toman fórmula.....	55
Figura 11. Hoja de consejos sobre AC.....	56
Figura 12. (cont.).....	56
Figura 13. Grupos de alimentos para iniciar la AC.	57
Figura 14. Modalidad que aconsejan para iniciar la AC.....	59
Figura 15. Edad que aconsejan estimular la AC.....	60
Figura 16. Conocen el modelo BLW.....	61
Figura 17. Fuente de información sobre BLW.	62
Figura 18. Conocen los beneficios.	62
Figura 19. Lo recomiendan.	63
Figura 20. Porque no lo recomiendan.	63
Figura 21. Tienen familias que realicen BLW.	64
Figura 22. El BLW facilita la alimentación familiar.	64
Figura 23. El BLW genera menos preocupación o ansiedad a las madres.....	65
Figura 24. El BLW facilita a la adaptación de sabores y consistencias.....	66
Figura 25. El BLW ayuda que las madres no se sobren impliquen en la alimentación.....	66
Figura 26. El BLW potencia la masticación frente a la succión.....	67
Figura 27. El BLW favorece el desarrollo de habilidades motrices finas.....	68
Figura 28. El BLW previene la obesidad.	68
Figura 29. El BLW previene los conflictos relacionados con la comida.....	69
Figura 30. El BLW evita que ganen peso.	70
Figura 31. El BLW puede generar carencias de algunos nutrientes.	70
Figura 32. El BLW puede favorecer el desarrollo madurativo.....	71
Figura 33. Con el BLW no hay que hacer comidas especiales.....	72
Figura 34. ¿Cómo orientan los pediatras de Atención Primaria la alimentación complementaria?	85
Figura 35. (cont.).....	86
Figura 36. Guía Alimentaria	87
Figura 37. (cont.).....	87
Figura 38. (cont.).....	88
Figura 39. (cont.).....	88
Figura 40. (cont.).....	89
Figura 41. (cont.).....	89
Figura 42. (cont.).....	90

Figura 43. (cont.)	90
Figura 44. (cont.)	91
Figura 45. (cont.)	91
Figura 46. (cont.)	92
Figura 47. (cont.)	92
Figura 48. (cont.)	93
Figura 49. (cont.)	93
Figura 50. (cont.)	94
Figura 51. (cont.)	94
Figura 52. (cont.)	95
Figura 53. (cont.)	95
Figura 54. (cont.)	96
Figura 55. (cont.)	96
Figura 56. (cont.)	97
Figura 57. (cont.)	97
Figura 58. (cont.)	98
Figura 59. (cont.)	98
Figura 60. (cont.)	99

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Edad corregida para bebés prematuros	14
Tabla 2. Actualidades en alimentación complementaria	30
Tabla 3. Operacionalización de la variable	43

RESUMEN

La guía de alimentación complementaria (AC) para niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, se realizó con el propósito de proporcionar a los médicos pediatras información actualizada, suficiente y de fácil entendimiento sobre aspectos significativos de la introducción de nuevos alimentos en bebés pretérmino y a término, hitos importantes del desarrollo, ejemplos de menús y la edad ideal para iniciar con la AC. El objetivo de nuestro estudio es proponer una guía de alimentación complementaria para niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, dirigida a médicos pediatras. El método del estudio es de nivel descriptivo, no experimental transversal, tipo de campo y de enfoque cuantitativo, en la cual se usó una muestra de 29 pediatras para la obtención de los resultados mediante un cuestionario autoadministrado en Google Forms. Los resultados obtenidos son que los pediatras tienen fortalezas y debilidades en ciertos temas de la AC, los datos obtenidos son, el 93,1 % indican iniciar la AC a los 6 meses, el 58,6 % son flexibles para retrasar la AC, 65,5 % aconseja estimular la masticación a los 8-9 meses y el 93,1 % indican iniciar la AC con cuchara. Se concluyó que las recomendaciones y orientaciones ofrecidas a los cuidadores no son las más adecuadas para todos los infantes y difieren de lo que mencionan las guías actualizadas de pediatría, creando un gran impacto a corto y largo plazo en el estado nutricional del niño.

Palabras Clave: Alimentación, complementaria, bebé, infante, guía, pediatras, niños, niña, término, pretérmino, lactancia.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación trata como tema primordial la alimentación complementaria (AC), el cual, busca proponer una guía de alimentación complementaria para niños y niñas de 6 a 12 meses de edad dirigida a médicos pediatras del Centro Médico Meditrópoli. Se define a la AC como cualquier alimento líquido o sólido diferente a la leche materna o fórmula, que se introduce a partir del sexto mes de vida como complemento y no como sustitución de la misma, con el fin de cubrir las necesidades nutricionales del infante.

Al realizar la revisión bibliográfica de diferentes artículos y ensayos con evidencia científica en el tema anteriormente expuesto, se observó que existe una gran diversidad por parte de los pediatras a la hora de ofrecer recomendaciones y orientaciones a los cuidadores de los lactantes al momento de iniciar la AC, originando que los infantes lleguen a presentar problemas a largo plazo. La AC en el desarrollo infantil es un conocimiento indispensable, tanto para el médico pediatra, como el representante, con el fin de evitar alergias alimentarias o enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que se van desarrollando en el crecimiento del niño.

La investigación correspondió al tipo de paradigma positivista, con enfoque cuantitativo y el método utilizado fue: Descriptivo, no experimental transversal, la población de estudio estuvo constituida por 40 médicos pediatras y se realizó un muestreo donde se obtuvo la participación de 29 pediatras del Centro Médico Meditrópoli, en la cual, se usó el cuestionario como instrumento y la encuesta como técnica para la recolección y tabulación de datos.

Con los resultados obtenidos se realizó la interpretación de las 35 preguntas del cuestionario, donde se identificó que los médicos pediatras tienen más fortalezas en conocimientos sobre métodos tradicionales, mientras que, en métodos nuevos como el Baby Led Weaning (BLW), Baby Led Introduction to Solids (BLISS) no lo recomiendan por su poca evidencia científica.

También se identificó que en otros conceptos como el iniciar o retrasar la AC y en la estimulación de la masticación, no todos los pediatras guían adecuadamente en estos ámbitos por diferentes factores que se mencionan en el capítulo IV. Por lo tanto, se busca ofrecer una guía alimentaria para la atención primaria como promoción y

prevención de la salud, fomentando los buenos hábitos desde temprana edad de los infantes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La alimentación complementaria (AC), es la introducción de cualquier alimento nuevo de manera gradual, ya sea, solido o líquido, diferente a la leche materna o formula infantil, que se ofrece a partir del sexto mes de vida del bebé, como complemento a la lactancia, mas no, como sustito de esta. Por lo expuesto, es fundamental que esta etapa sea llevada de forma saludable y acompañada por un profesional con una correcta guía hacia los padres o cuidadores, para asegurar un aporte nutricional adecuado. El objetivo de la AC es cubrir los requerimientos calóricos diarios, ya que a partir de los 6 meses, la lactancia materna exclusiva, no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales, por lo que es necesario incluir alimentos que aporten proteínas, grasas, carbohidratos, energía, vitaminas y minerales (Cuadros et al., 2017).

Hoy en día se conoce que llevar una AC inadecuada puede tener consecuencias a futuro para el bebé, como, retardo en el desarrollo psicomotor, desnutrición, alergias alimentarias, sobrepeso, obesidad, entre otras. Por otra parte, se ha visto que, al momento de iniciar la AC, hay poca guía hacia los padres o cuidadores para llevar esta etapa tan importante, lo cual puede derivar en deficiencia de micronutrientes como el hierro (Fe), vitamina D, o de macronutrientes como lípidos (ácidos grasos poliinsaturados) y proteínas. Por lo cual, la AC debe ser acompañada de forma interdisciplinaria con los profesionales de salud y los padres para reducir los índices de desnutrición, morbilidad y mortalidad antes de los 5 años de vida (Dalmau & Moreno, 2017).

A nivel mundial se ha visto variedad de recomendaciones en cuanto cómo comenzar la AC, como por ejemplo, un estudio realizado en España a pediatras que trabajaban en la sanidad pública con un total de 579 encuestas, el 60,6 % recomiendan la AC a los 6 meses, el 24,9 % a los 5 meses y el 10,7 % a los 4 meses, de igual manera el 95,5 % de los pediatras son flexibles para adelantar la AC, mientras que, el 63,4 % es flexible para retrasarla sobre todo en la prematuridad (Martínez, Cantero & Espín, 2018).

El mismo autor menciona, que en cuanto al tipo de alimentos el 39,4 % no tiene ninguna preferencia por iniciar con verduras, cereales o frutas, el 61,1 % recomiendan empezar con cuchara, el 21,4 % con biberón, el 17,4 % no especifica como iniciar y un 10 % retrasa la masticación hasta el año de edad, a pesar de ser considerado un periodo crítico para la introducción de alimentos. Como resultado se aprecia gran diversidad en los consejos sobre AC entre los pediatras, el puré con cuchara y el biberón son la forma más tradicional que se sigue usando hasta el día de hoy.

Algo que se ha visto en consultas al momento de recomendar la AC, es el uso de hojas informativas creada por pediatras causando confusión en los padres. En un estudio fenomenológico elaborado en Chile para identificar barreras y facilidades para el seguimiento de recomendaciones nutricionales al iniciar la AC en un programa de atención integral nos muestra que la madre está influenciada socialmente por su entorno que la rodea y las recomendaciones de los profesionales de salud al momento de tomar una decisión y en ocasiones puede no ser la recomendación más correcta. Por lo tanto, una guía alimentaria general con especificaciones, explicaciones y recomendaciones sobre AC sería ideal para la atención primaria tanto para pediatras como para nutricionistas, siempre y cuando el profesional tenga en cuenta la individualidad de cada caso (Yibby, Acevedo, Hernández & Morales, 2018).

En Ecuador, también se ha visto gran incidencia de mortalidad debido a factores sociales y por la baja educación que reciben las madres en esta etapa por el personal de salud como los pediatras, causando muerte en los infantes antes de los 5 años Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (ENSANUT, 2014).

En una tesis realizada en Ecuador por Iñiguez (2017), las prácticas de Lactancia Materna (LM) y AC son deficientes e inadecuadas, por lo tanto, se provoca un índice elevado de enfermedades infecciosas lo cual conlleva a las principales causas de desnutrición en los primeros dos años de vida. Casi 371.000 niños/as menores de cinco años presentan desnutrición crónica y de ellos, 90 mil tienen desnutrición severa, por lo que, es necesario planificar el cuidado de los primeros 1000 días de vida mediante la intervención de los profesionales de la salud especializados en el área de pediatría, realizando una guía de AC con el fin de ofrecer una mejor orientación en esta etapa.

En las zonas 1 y 6 del Ecuador respecto al conocimiento de los profesionales de la salud sobre la alimentación complementaria (AC), 6 de cada 10 profesionales pediatras de los centros de salud tipo C (de un total de 10 encuestados) son quienes obtuvieron mayor porcentaje de respuestas correctas. A nivel regional entre las zonas 1 y 6 hubo un total de 45 profesionales encuestados en los diferentes centros de salud tipo A, B y C, donde la zona 6 fue la que obtuvo la puntuación más baja sobre conocimientos de la AC Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES, 2017).

A nivel de hospitales y maternidades, de un total de 15 profesionales encuestados, apenas 3 de cada 10 respondieron de forma correcta, siendo el porcentaje más bajo. Si bien hay un conocimiento óptimo de los requisitos mínimos de la AC en los profesionales de los centros de salud tipo A, B y C donde se realizan la mayor parte de controles a niños/as menores de 1 año, se identifica un punto crítico a nivel de hospitales y maternidades (SENPLADES, 2017).

Según la SENPLADES (2017), en la zona 9 (Pichincha) se entrevistó a un total de 50 profesionales de los centros de salud tipo A, B, hospitales y maternidades, de los cuales solo 25 expertos respondieron correctamente sobre las normas para iniciar la AC a partir de los 6 meses de edad. En relación a la pregunta sobre el tipo de alimentos para iniciar la AC, se entrevistaron 10 profesionales de los centros tipo C, donde 4 de cada 10, respondieron adecuadamente. El porcentaje fue menor para profesionales de los centros A y B, hospitales y maternidades para esta pregunta específica. El punto más crítico donde apenas 1 de cada 10 profesionales, de los 14 entrevistados, conoce sobre el tipo de alimentos para iniciar la AC en los niños/as.

Por lo anteriormente expuesto, se plantea la siguiente pregunta: ¿Qué características debe de tener una guía alimentaria diseñada para médicos pediatras al empezar la Alimentación Complementaria de los niños de 6 a 12 meses de edad?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Proponer una guía de alimentación complementaria para niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, dirigida a médicos pediatras del Centro Médico Meditrópoli.

Objetivos específicos

- Diagnosticar los conocimientos sobre alimentación complementaria en niños y niñas de 6 a 12 meses, de los médicos pediatras del Centro médico Meditrópoli, a través de una encuesta.
- Establecer los contenidos de la guía de alimentación complementaria para niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, dirigida a médicos pediatras del Centro Médico Meditrópoli.
- Elaborar la guía de alimentación complementaria para niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, dirigida a médicos pediatras del Centro Médico Meditrópoli.

Justificación e Impacto de la Investigación

En la provincia de Pichincha, se muestra que el 28% de los niños/as menores de 2 años de edad, presenta desnutrición crónica o retardo en el crecimiento (baja talla para la edad) por iniciar una alimentación complementaria (AC) tardía (ENSANUT, 2014). El presente estudio sirve como objeto de evaluación para el trabajo a realizar de los diferentes indicadores, por lo cual, el porcentaje de desnutrición y retardo en el crecimiento se ha incrementado a diferencia de años anteriores, los problemas económicos, sociales, culturales son los indicadores más conocidos, pero, los consejos nutricionales de los médicos pediatras y la escasa educación de los padres en la introducción a la AC, son poco conocidos al no tener una guía general y entendible para su uso.

En el presente trabajo se elaborará una guía de alimentación complementaria en el primer semestre del año 2022 para que médicos pediatras del Centro Médico Meditrópoli utilicen con niños de 6 a 12 meses. Por lo anteriormente mencionado, se ha encontrado estudios en los cuales existe desinformación en los profesionales de salud al momento de orientar a los padres en esta etapa del crecimiento del infante, afectando al desarrollo motor, siendo causa de alergias alimentarias por iniciar inadecuadamente la AC o adquiriendo enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como obesidad, sobrepeso o diabetes a una temprana edad.

Por lo tanto, es importante el desarrollo de una guía sobre AC, en la cual, el profesional de la salud encuentre un apoyo para la enseñanza de la AC a los representantes del lactante con el fin de evitar que el niño presente enfermedades infecciosas, desnutrición, alergias y enfermedades metabólicas desde temprana

edad. Por esto, la guía alimentaria sobre AC ayudará a promover el consumo de alimentos saludables, variados y completos en los infantes.

Desde el punto de vista social que tiene la elaboración de una guía alimentaria para los infantes junto a la LM, es enseñar efectivamente como cubrir las necesidades energéticas en esta etapa. Puesto que, promueve un adecuado crecimiento y desarrollo fisiológico y mental, también orientan y educan a la población para elegir opciones más saludables y puedan elaborar un plato completo con carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales sin la necesidad de consumir productos industrializados, adicionalmente creando un mejor vínculo entre cuidador – niño. Previene las enfermedades nutricionales por déficit o excesos de alimentos, promueve los buenos hábitos alimenticios para el inicio del destete del infante.

Con respecto al campo académico, la elaboración de esta guía puede ayudar a futuro a continuar con la investigación y creación de la guía alimentaria sobre AC para médicos pediatras, que vaya desde los 13 a 24 meses de edad para los estudiantes de la escuela de salud y bienestar de la Universidad Iberoamericana del Ecuador y además para otras carreras de la salud.

Por otra parte, el aporte metodológico contribuirá con contenido que facilite la atención de los pediatras hacia los niños/as al momento de empezar la AC para evitar la diversidad de recomendaciones que hay entre los profesionales causando confusión y miedo en los padres. Lo cual provoca que prefieran seguir usando la forma tradicional del biberón y papillas sin tener en cuenta la individualidad de cada caso, como, por ejemplo: para iniciar la AC de un bebé que nace a término, las recomendaciones para este bebé serán diferentes para un bebe que nace pretérmino.

La presente investigación servirá para que los médicos pediatras del Centro Médico Meditrópoli tengan una guía unificada, de fácil comprensión y puedan seguir las mismas recomendaciones al momento de iniciar la AC, apoyando al uso de nuevos métodos como Baby Led Weaning (BLW) en el cual se estimula a los niños en su desarrollo motor, aprenden a regular su apetito y es una manera adecuada de compartir en familia durante la comida.

Para terminar, el estudio se escribe en la línea de investigación de salud y desarrollo humano integral, que tiene como propósito brindar una guía de alimentación complementaria correcta para los médicos pediatras y padres de los niños/as de 6 a

12 meses edad, por lo cual, el estudio obtendrá resultados positivos en el ámbito de salud y bienestar. Esta línea incluye investigaciones que promuevan la salud y el desarrollo integral del ser humano, considerando que la misma se debe enfocar más allá de la ausencia de enfermedad en el individuo, como ente que idealmente conjugue el bienestar físico, psicológico y social. Por esta razón, merece una especial atención la identificación de problemas de salud en esos 3 ámbitos, con el fin de planear estrategias y acciones que promuevan una mejor calidad de vida.

Alcance de la investigación

El siguiente estudio, se realizará en el primer semestre del año 2022 en el Centro Médico Meditrópoli, que se encuentra ubicado en la zona norte de la ciudad de Quito en la Av. Mariana de Jesús, donde laboran 40 médicos pediatras. El alcance de la investigación busca diagnosticar los conocimientos de los profesionales al momento de iniciar la alimentación complementaria, para esto se realizará una extensa revisión bibliográfica, encuestas y entrevistas para la recolección de datos. Se propone la elaboración de una guía de alimentación complementaria con información unificada, completa y actualizada, de esta forma, los médicos pediatras pueden seguir una misma referencia al momento de iniciar la AC en los niños/as de 6 a 12 meses y establecer una mejor relación con los representantes de los infantes y así reforzar la confianza con el pediatra. También se reconocerá los puntos estratégicos, así como sus falencias para la elaboración de la guía alimentaria, como se ha mencionado anteriormente los beneficios que conlleva al elaborar una guía sobre AC.

Como futuros nutricionistas y profesionales de la salud, es importante el aporte en este ámbito para fomentar los buenos hábitos desde temprana edad, ya que, se sabe que una correcta alimentación en los primeros 1000 días de vida será una ganancia que permanece con el tiempo e impulsa el desarrollo físico, mental y de salud en los bebés. En esta investigación siempre se tendrá en cuenta los principios de beneficencia, justicia, no maleficencia y autonomía.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El marco teórico según menciona Rivera (2003), es la parte investigativa planteada de forma lógica y ordenada que permite al investigador fundamentar su proceso investigativo de fuentes bibliográficas fidedignas enfocadas en el planteamiento del problema, para proponer nuevas soluciones. En el siguiente capítulo se aborda temas sustanciales para la elaboración de la guía de alimentación complementaria para niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, dirigida a médicos pediatras del Centro Médico Meditrópoli, con lo cual, mediante la guía alimentaria se busca proponer un amigable inicio de la alimentación complementaria (AC), creando hábitos de alimentación correctos y estimulando al desarrollo del bebé en el núcleo familiar.

2.1 Antecedentes de la investigación

En los resultados de una encuesta realizada por la Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT) (FINUT, 2020), de “Recomendaciones sobre la introducción de la alimentación complementaria entre los pediatras”, en la que tuvo como objetivo determinar las recomendaciones de los pediatras en AC sobre los períodos de espera entre la introducción de nuevos alimentos. Este estudio se realizó con una encuesta electrónica a pediatras sobre la introducción de la AC, la cual fue completada por 604 profesionales, de los cuales, 217 recomendaron esperar 3 o más días entre la introducción de alimentos, 259 aconsejan esperar ese tiempo en caso de desarrollar alergias alimentarias, 264 recomiendan el consumo de cereales infantiles como primer alimento, 226 no recomendaron un alimento de forma específica y 310 profesionales informaron de la necesidad de instruirse, en materia de la introducción de alimentos complementarios. Según los resultados, se observó que las recomendaciones de los pediatras no son del todo claras, la mayoría no aconsejaron a las familias que esperaran 3 días o más entre la introducción de los alimentos, por lo que, sugieren que es necesario reevaluar las recomendaciones de alimentación publicadas. El aporte que ofrece el estudio realizado por FINUT, es la elaboración de la guía sobre alimentación complementaria, para que, los médicos pediatras puedan orientar de mejor manera a los cuidadores de los infantes con recomendaciones más específicas dependiendo del caso.

Se analizó la tesis elaborada por Cueva & Vergara (Cueva & Vergara, 2019), sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación complementaria de los/as cuidadores/as de pacientes atendidos en consulta externa del Hospital “Vicente Corral Moscoso”. El objetivo general del estudio fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de AC entre los cuidadores de pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso. El estudio fue descriptivo, transversal, con una muestra de 297 cuidadores de niños y niñas de 6 meses a 2 años que asisten a la consulta externa de Vicente Corral Moscoso (HVCM), se eligió mediante un muestreo aleatorio sistemático con el programa Epidat. El formulario fue adecuado de las Naciones Unidas (ONU), a la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Como resultado se obtuvo que el 73% de conocimientos sobre AC fue adecuado; En cuanto a la actitud alimentaria, se destacó el 81%, sin embargo, en las pruebas prácticas, solo el 49,3% proporcionó los alimentos necesarios según lo recomendado por los pediatras. Concluyeron que los cuidadores sí tenían un conocimiento sobre AC, pero se observó una mala práctica. El estudio de Cueva & Vergara ayuda a tener un enfoque más amplio en el cuidador del infante, ya que, a pesar de que el médico pediatra brinde recomendaciones que ayuden a mejorar el estado nutricional del niño, si el cuidador no lo aplica con buenas prácticas, el niño puede seguir teniendo problemas nutricionales.

Se analizó la tesis elaborada de León (2017), sobre el “Manejo de Alimentación Complementaria en los lactantes que asisten a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe en el periodo diciembre 2015 a septiembre 2016”. Tuvo como objetivo general determinar el manejo de la alimentación complementaria en los lactantes de 6 a 23 meses que asisten a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe de la ciudad de Loja. El estudio fue de tipo cualitativo, descriptivo y transversal con el fin de dar a conocer el manejo de la AC en los niños que asisten a Consulta Externa del Hospital Universitario de Motupe y poder contribuir a mejorar las prácticas de alimentación, mediante la orientación impartida por los profesionales.

En el estudio antes mencionado de León, se realizó una encuesta a los cuidadores de los bebés, donde se obtuvo como resultados que la AC se inició a los 6 meses de edad y recibían alimentos con gluten antes de los 8 meses, frutas cítricas antes del año y en la mayoría adicionaban sal y azúcar en sus alimentos sin superar la cantidad que recomiendan las guías del Ministerio de Salud Pública (MSP). Llegaron como

conclusión, que los cuidadores no siempre tienen un manejo adecuado de la AC de los lactantes. Sin embargo, más de la mitad de los lactantes presentaba un estado nutricional normal. La tesis elaborada por León es de importancia para la realización del presente estudio, ya que se observa claramente como los padres acuden a las consultas externas para la valoración y seguimiento del niño/a en su alimentación, en cambio, en el ámbito de los pediatras se identifica la falta de recomendaciones estandarizadas al iniciar la AC y las variaciones del calendario de introducción a los grupos de alimentos causando confusión en los cuidadores.

Se encontró la tesis elaborada por Trujillo (2015), sobre “Alimentación complementaria y programas de alimentación dirigidos a niños entre 6 a 24 meses de edad en Ecuador”. El objetivo fue analizar las características cualitativas y cuantitativas de los programas de alimentación complementaria para niños y niñas de 6 a 24 meses de edad, en el Ecuador. El estudio siguió un enfoque descriptivo cualitativo, en el cual se realizó una búsqueda de documentos, informes, guías, artículos y resúmenes para determinar las características cualitativas y cuantitativas de la alimentación complementaria. Como resultado, se obtuvo varios programas de nutrición para niños de 6 a 24 meses en América Latina, como: el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN) 2000 en Ecuador, el Programa Integral de Nutrición (PIN) en Perú, No Desnutrición en Bolivia, y el Programa de Nutrición Complementaria (PNAC) en Bolivia, demostraron métodos muy efectivos para evaluar el estado nutricional, monitorear el progreso y los resultados conseguidos del programa. Llegaron a la conclusión de que existen limitaciones de cada uno de los programas por componentes como las capacitaciones del personal de salud, la consejería nutricional y la entrega del alimento complementario (Trujillo, 2015). Este estudio realizado por Trujillo brinda herramientas y programas sobre como evaluar el estado nutricional del infante con métodos eficaces, seguros y prácticos de realizar, también aporta con ideas innovadoras para realizar nuevas encuestas dirigidas a los médicos pediatras en el caso de que se necesite mayor información para la tesis a elaborar.

La tesis realizada por Escobar (2014), con el tema de “Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas que acuden a consulta externa de pediatría en el hospital del IESS de Latacunga en el período Junio– Septiembre del 2013”, tienen

como objetivo general establecer la relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de la madre en la implementación de la alimentación complementaria y su repercusión en el estado nutricional de los niños y niñas de 1 a 2 años de edad que acuden a consulta pediátrica en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Latacunga en el período Junio- Septiembre del 2013.

El estudio de Escobar, con enfoque cualitativo, cuantitativo y observacional, realizado en la Universidad Católica del Ecuador, indica que, el 54 % de las madres iniciaron la alimentación complementaria por recomendación de sus pediatras. Sin embargo, el 16 % manifestó que un factor determinante para iniciar la AC fueron circunstancias adversas para continuar el período de lactancia materna, como la reincorporación al trabajo o por recomendaciones de familiares. Por lo tanto, concluyen que es importante que los niños acudan a consultas periódicas con los pediatras y que los pediatras sean un pilar fundamental trabajando en conjunto con los nutricionistas para formar un equipo integral encargados del cuidado y salud de los niños para mejorar el estado nutricional y por lo tanto el estado de salud de la población infantil, evitando problemas de morbilidad, mortalidad o ECNT en el futuro (Escobar, 2014). Los datos de la tesis realizada por Escobar en nuestra investigación, es valiosa por la información ofrecida, donde se puede observar la influencia que tienen los pediatras hacia las madres y el entorno que las rodea, siendo el médico pediatra una guía fundamental para los cuidadores del bebe al momento de iniciar la AC.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Edad cronológica y corregida

Es importante esclarecer cuando se considera que un bebé es pretérmino o término, ya que, de ello dependerá en qué momento se puede iniciar la AC. Para esto, se toma en cuenta las semanas de gestación de la madre; se determina que el bebé es pretérmino o prematuro cuando el neonato nace vivo antes de la semana 37 y se lo considera a término cuando nace vivo entre la semana 37 a la semana 42. En el caso de que el bebé sea prematuro, es sumamente importante usar la edad corregida, la cual nos permite conocer la edad que tuviera el infante si hubiera nacido a término. Se recomienda usar la edad corregida durante los 2 primeros años de vida para tener en cuenta las metas de desarrollo que va obteniendo en ese periodo (HealthyChildren, 2018).

Para calcular la edad corregida hay que considerar la edad cronológica (en semanas), es decir, las semanas desde el día que nació y se debe contar las semanas que le faltaron para llegar hasta la fecha que estaba prevista para el parto; se utiliza la siguiente fórmula: edad corregida = 40 – semanas de gestación al nacimiento (En Familia, 2019).

Por ejemplo:

Un bebé nace en la semana 32 de gestación, siendo considerado un bebé pretérmino y tiene 4 meses de nacido, entonces:

- ✓ **Semanas de gestación al nacimiento:** 32 semanas (8 meses/pretérmino)
- ✓ **Edad cronológica:** 16 semanas (4 meses)

Calcular semanas de prematuridad:

Formula de prematuridad	40 semanas (# fijo) – (edad gestacional al nacimiento)
40 semanas – 32 semanas = 8 semanas	

Calcular edad corregida (EC):

- ✓ **EC:** Edad cronológica (semanas) – prematuridad (semanas)
- ✓ **EC:** 16 – 8
- ✓ **EC:** 8 semanas

Tabla 1. Edad corregida para bebés prematuros

Edad cronológica	Edad corregida
16 semanas (4 meses)	8 semanas (2 meses)
En este caso, el bebé tiene 4 meses de edad cronológica y 2 meses con la edad corregida. Por lo cual, su desarrollo va a ser el de un bebé de 2 meses, es decir, puede demorar un poco su madurez a comparación de un bebé de 4 meses que nació a término. De igual manera, la AC se debería de empezar a los 6 meses de la edad corregida o a su vez, a los 8 meses de su edad cronológica.	

Nota: Adaptado de: (HealthyChildren, 2018).

Cuando el lactante llega a cierto desarrollo neurológico y físico, mostrará ciertas señales que podremos identificar para saber si él bebé tiene la capacidad suficiente para empezar la AC, de igual manera mientras va creciendo, desarrollará más habilidades hasta que pueda alimentarse por sí mismo (Gómez, 2018). Los siguientes hitos que se pueden identificar son:

- ✓ Es capaz de sostener la cabeza, el tronco y sus extremidades.
- ✓ Desaparece el reflejo de extrusión.
- ✓ Puede agarrar la comida con la mano y llevárselo a la boca.
- ✓ Se mantiene sentado sin ayuda y presenta interés por los alimentos.
- ✓ Transporte de semilíquidos y deglución de los mismos.
- ✓ Control muscular de los labios para cerrar la boca.
- ✓ Muestra hambre y saciedad, como, abrir la boca cuando le ofrecen comida o cerrar la boca porque ya no desea comer.

Todos los bebés en cierto momento mostraran estas señales, unos antes y otros después, por lo que, es sustancial tener presente estos aspectos, independientemente de si el bebé nació a término o pretérmino.

De igual manera, se debe recordar que, si se ofrece alimentos antes de lo indicado, puede haber problemas como, desplazamiento de la leche materna haciendo más difícil cubrir los requerimientos nutricionales del bebé, atragantamiento, aumento del riesgo de enfermedades como obesidad, diarreas o infecciones al no recibir los factores protectores de la leche materna. Por el contrario, si el lactante inicia la AC demasiado tarde, puede ser perjudicial porque no recibe el alimento necesario para

completar la energía requerida, existe el riesgo de carencias de macronutrientes y micronutrientes especialmente de hierro y zinc, aumenta la posibilidad de alergias e intolerancias alimentarias, poca aceptación a texturas y variedad de alimentos, problemas de desnutrición y un retardo en su crecimiento y desarrollo (Gómez, 2018).

2.2.2 Alimentación Complementaria

La alimentación complementaria (AC) es la introducción de cualquier alimento nuevo como complemento de la lactancia materna (LM) o fórmula infantil, ya sea sólido o líquido diferente a la leche materna, durante los 2 primeros años de vida, para cubrir sus requerimientos nutricionales. La LM entre los 6 y 12 meses de edad puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas y un tercio entre los 12 y los 24 meses de edad, sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), son pocos los infantes que reciben AC segura y adecuada. Menos de un cuarto de los niños de 6 a 23 meses cumplen los requerimientos nutricionales necesarios, con datos alarmantes donde, 52 millones de niños/as menores de 5 años presentan emaciación, 17 millones tienen emaciación grave, 155 millones sufren retraso del crecimiento y 41 millones de niños/as tienen sobrepeso u obesidad.

Las recomendaciones sobre la AC a lo largo de la historia han ido variando significativamente, por lo que hoy en día existe gran variabilidad en cómo se debe iniciar la AC. En 1911, en Londres se estimaba que morían 7 de cada 8 bebés que no eran alimentados con lactancia materna, en esta época también se escogía nodrizas para que puedan amamantar a los recién nacidos. Sin embargo, se creía que si la nodriza era deshonesto, imprudente, deforme, etc. él bebé amamantado de esta leche también lo sería, por lo que preferían que no fuera amamantado por estas mujeres. En esta época existían varias infecciones alimenticias, que los infantes a tan temprana edad y sin tantos avances científicos, no tenían muchas oportunidades de sobrevivir, se intentó sustituir la leche materna por otros sustitutos de mamíferos como leche de cabra, de vaca o yegua, pero no resultaron aptos para ofrecerlos a los infantes. Después de varios intentos de higiene y esterilización se pudo ofrecer leche de vaca en biberones, lo cual, permitió la supervivencia de más niños que venían de familias de un alto estrato socioeconómico, por otro lado, las familias humildes al no tener estas oportunidades era muy común que sus hijos se enfermen de diarreas, deshidratación o infecciones y fallezcan (Arce, 2011).

Por otra parte, entre 1911 y 1916 el 58 % de 22.000 niño/as de Estados Unidos, recibían lactancia materna hasta el año de vida, en 1925 recomendaron dar papillas al año de edad, en 1937 la asociación americana de pediatría recomendó introducir frutas y verduras a partir de los 4 meses. En 1959 cambiaron la recomendación de dar legumbres y papas a los 3 años, por ofrecer estos alimentos a los 5 meses de edad y en 1981, recomendaron iniciar la AC entre los 4 y 6 meses (Arce, 2011).

Así mismo, un estudio realizado en Italia en el año 2000, el 34% de las madres iniciaban las AC antes de los 4 meses de edad con frutas y cereales. En Inglaterra, el 85% de las madres daban un alimento solido antes de los 4 meses de edad y en el año 2007, la Asociación Española de Pediatría determino un manual con 3 periodos importantes que se debe de considerar en los infantes:

1. La etapa de lactancia materna exclusiva de 4 a 6 meses.
2. La etapa transicional hasta los 12 meses.
3. El periodo de adulto modificado, donde el infante tendrá una alimentación similar a la de un adulto hasta los 24 meses de edad.

Hoy en día la información que se encuentra sobre AC sigue siendo variada y extensa. Sin embargo, se han implementado estándares y han realizado diferentes guías para disminuir la mortalidad infantil y combatir las enfermedades y alergias que se pueden prevenir (Reyes, 2016).

La (OMS, 2021), recomienda iniciar la AC a los 6 meses de edad, ya que, a partir de esta etapa, él bebé termina de desarrollar su sistema digestivo y renal, adquiriendo la madurez necesaria para metabolizar y digerir alimentos diferentes a la leche materna. La AC en este periodo de tiempo, es fundamental para establecer hábitos y preferencias alimentarias. No obstante, hay que tener en cuenta en qué casos se puede empezar la AC a los 6 meses y en cuáles no, observando que el infante haya desarrollado los hitos necesarios para poder ofrecer alimentos.

El objetivo de iniciar la AC es promover un adecuado desarrollo fisiológico, neurológico, neuromuscular y cognitivo, mediante alimentos nutritivos que puedan prevenir diferentes enfermedades como la obesidad, desnutrición, alergias alimentarias, síndrome metabólico, entre otras. Antes de iniciar la AC es importante evaluar la condición y estado nutricional del bebé, considerando si fue alimentado con lactancia materna exclusiva (LME) o fórmula, para evitar carencias o excesos

nutricionales. También es fundamental conocer los antecedentes de alergias y patologías familiares. Es vital evaluar las tablas de crecimiento y sus indicadores para identificar la tendencia de crecimiento del infante en cada etapa, con el objetivo de descartar cualquier tipo de malnutrición durante sus primeros años. (Cuadros et al., 2017).

Se estima que el sistema digestivo de bebés que nacieron a término, madura lo suficiente para metabolizar alimentos diferentes a la leche materna aproximadamente de los 5 a 6 meses de edad, por lo tanto, se relaciona este momento para poder iniciar con la AC. En estos meses la capacidad del estómago es de 30 ml, por lo que es importante ofrecer porciones pequeñas y variadas al inicio. En los 6 meses siguientes su capacidad gástrica irá aumentando al igual que la secreción del ácido clorhídrico, bilis, moco y enzimas para la absorción de cereales, almidones, proteínas y grasas (Cuadros et al., 2017).

Es importante la orientación hacia los cuidadores sobre que alimentos son aptos para ofrecer en esta etapa esencial de desarrollo, los cuales deben ser frescos, naturales, de temporada, inocuos y de preferencia sin ningún procesamiento industrial, ya que, esta fase es trascendental para formar una microbiota adecuada y fomentar hábitos saludables.

En la AC se debe de ofrecer alimentos que sean nutritivos, complementando a los nutrientes que ya se obtienen de la leche materna. Se aconseja que el plato se forme de:

- ✓ Alimentos energéticos como (carbohidratos y grasas) estos brindan energía.
- ✓ Alimentos constructores (proteínas) ayudan a crecer, fortalecer los huesos, tejidos y músculos.
- ✓ Alimentos reguladores (frutas, verduras y agua) ayudan a mantener un buen funcionamiento del organismo.
- ✓ Líquidos, él bebé se hidrata mediante la leche materna, sin embargo, se puede ingresar pequeños sorbos de agua natural para ayudar a mantener hidratado y regular las funciones del organismo.

Con cada uno de estos grupos de alimentos se forma un plato nutritivo, balanceado y completo. Se puede iniciar con una porción de 10 a 15 g (1 cda) de cada alimento nuevo, para que él infante pruebe sabores, texturas, temperaturas,

olores y, sobre todo, observar la tolerancia que tiene a cada alimento (Cuadros et al., 2017).

Se sugiere ofrecer un alimento por día, en cuanto a los alimentos alergénicos, se aconseja ofrecer durante 3 días seguidos y en las mañanas o tardes para supervisar cualquier tipo de reacción alérgica, los más comunes son: huevo, pescado, soya, trigo, frutas cítricas, frutos secos y mariscos. Si no genera alguna reacción perjudicial en su consumo durante esos días, como, diarrea, sarpullido o vómito, se puede ofrecer como alimento continuo en su dieta, de lo contrario, se debe suspender el alimento y consultar con el pediatra (Healthy Children, 2019).

Según la evidencia científica sobre la introducción de alimentos alergénicos no se ha demostrado un peligro si se los empieza introducir desde los 6 meses de edad probando la tolerancia a cada alimento. En cuanto a los alimentos con gluten, la mayoría de las recomendaciones sugieren no ofrecer antes de los 4 meses, ni después de los 7 meses y de forma gradual, para evitar enfermedad celiaca o intolerancia al gluten. Se considera que, si se introduce los diferentes grupos de alimentos después de los 8 meses, la aceptación a nuevos alimentos y texturas sería más complicado que si se lo empieza hacer desde los 6 meses, también se ha visto que el tiempo óptimo para desarrollar la habilidad de la masticación es entre los 6 y 9 meses de edad (Cuadros et al., 2017).

En cuanto a las necesidades calóricas, el primer año de vida es la etapa de mayor crecimiento de los bebés, después del sexto mes las necesidades nutricionales y de agua aumentan, por lo que es importante tener en cuenta el requerimiento calórico:

- ✓ Según Pérez, Campos & Guevara, (2021), recomiendan que el consumo de energía sea de 130 a 200 kcal/día a partir de los 6 a 8 meses de edad, de los 9 a 11 meses recomienda un consumo de 300 a 310 kcal/día y de los 12 a 23 meses un consumo de 50 kcal/día.
- ✓ El consumo de proteínas entre los 6 a 11 meses de edad se recomienda que sea 1,5 g de proteína/kg de peso/día y se recomienda 1,1 g de proteína/kg de peso/día en bebés de 12 a 23 meses. Sin embargo, los niños alimentados con fórmula pueden llegar a exceder su requerimiento proteico, ocasionando daño renal prematuro (Pérez et al., 2021).

- ✓ El consumo de grasas se recomienda que sea 10% de ácidos grasos saturados, del 10 % al 20 % de ácidos grasos monoinsaturados y el 7 % al 10 % de ácidos grasos poliinsaturados con un aporte total del 30% al 35 % de grasas al día. En Cuba recomiendan que la ingesta de grasas sea de 29 a 36 g/día en los bebés de 6 a 12 meses de edad (Pérez et al., 2021).
- ✓ Con la AC se empieza a implementar carbohidratos complejos, por lo que, Pérez et al., (Pérez et al., 2021), menciona que los carbohidratos deben ser de 9 a 14 g/100 kcal y en cuanto al consumo de fibra se aconseja 5 g/día para ayudar al tránsito intestinal.

2.2.3 Necesidades nutricionales

2.2.3.1 Macronutrientes

Los macronutrientes son los nutrientes que necesitamos en grandes cantidades, estos proporcionan energía, promueven el crecimiento, regeneran tejidos y regulan el funcionamiento del organismo, entre ellos tenemos: los carbohidratos, proteínas, grasas y agua (Martínez & Giner, 2016).

- **Carbohidratos**

Su característica principal es la de ofrecer energía al organismo, aportan 4 kcal por cada gramo consumido y es de los principales nutrientes que se encuentra en alimentos y bebidas. A partir del segundo semestre su aporte energético debe ser del 50 % al 60 % de la dieta total, podemos encontrar carbohidratos en: cereales, lácteos, verduras, legumbres, frutas, dulces y bebidas azucaradas (Ocampo, 2020).

- **Proteínas**

Su función principal es crear tejidos, músculos, huesos, órganos, piel, entre otros, ayudan al crecimiento ya que el primer año de vida es la etapa con mayor requerimiento proteínico en toda la vida. Son muy importantes por participar en la defensa del organismo, intervienen en el metabolismo de ciertas hormonas, transportan sustancias a la sangre y aportan 4 kcal por cada gramo de proteína. Podemos encontrar este nutriente en alimentos de origen animal como: pollo, pescado, carne de res o cerdo, mariscos, lácteos y derivados y también podemos encontrar en alimentos de origen vegetal como: cereales y legumbres. Se

aconseja ofrecer proteínas de alto valor biológico para un adecuado desarrollo y crecimiento del infante (Ocampo, 2020).

- **Grasas**

Las grasas son esenciales para la absorción y transporte de vitaminas liposolubles, influyen en la formación de hormonas y forman parte de las membranas celulares para el correcto funcionamiento del organismo. Aportan 9 kcal por cada gramo de grasas, se sugiere que su ingesta sea aproximadamente de un 30 % a un 40 %, siendo la leche materna una buena fuente de grasas para él bebé. También las podemos encontrar en alimentos de origen vegetal como: frutos secos, aguacate, margarina y en alimentos de origen animal como: la manteca de cerdo y mantequilla. (Tuñoque, 2007).

- **Agua**

A partir de los 6 meses se puede introducir diferentes líquidos a la leche materna, de preferencia se aconseja que sea agua natural y totalmente potable para evitar cualquier tipo de infección en el infante, no se debe ofrecer jugos, bebidas azucaradas o bebidas energizantes. El consumo de agua es vital para mantener un equilibrio corporal estable, antes de los 6 meses no se recomienda ofrecer ningún otro tipo de líquido, así se encuentre en un lugar caluroso o húmedo, ya que, la leche materna es suficiente para mantener hidratado al bebé por sí sola. Se puede ofrecer pequeños sorbos, equivalentes de 30 a 60 ml de agua al día o a su vez 100 ml/100 kcal consumidas, mientras vaya creciendo las necesidades de agua también irán aumentando (Rodríguez, Arredondo, García, Gónzales, López, 2012).

2.2.3.2 Micronutrientes

Los micronutrientes se necesitan en pequeñas cantidades y se pueden encontrar en varios alimentos, especialmente en frutas y verduras. Los micronutrientes ayudan a mantener saludable el sistema inmunológico, regulan los procesos de desarrollo y crecimiento del organismo. Entre ellos están: las vitaminas y minerales (Martínez & Giner, 2016).

- **Vitaminas**

Son sustancias orgánicas que no aportan kcal, sin embargo, son indispensables para el funcionamiento del organismo. A pesar de que se necesitan en pequeñas

cantidades, tienen función reguladora en las reacciones químicas del metabolismo (Martínez & Giner, 2016).

Se clasifican en vitaminas liposolubles e hidrosolubles:

Vitaminas Liposolubles: Son vitaminas solubles en grasa y necesitan de ella para poder ser absorbidas en el organismo. Aquí se encuentran las vitaminas A, D, E, y K y las encontramos principalmente en alimentos grasos como aceites de pescado, aceites vegetales, proteínas animales como la yema de huevo, hígado, lácteos, carne de res, en hortalizas de hojas verdes, frutos secos y alimentos enriquecidos (Martínez & Giner, 2016).

Vitaminas Hidrosolubles: Son vitaminas solubles en agua, entre ellas tenemos todas las vitaminas del complejo B (B₁, B₂, B₃, B₅, B₆, B₈, B₉, B₁₂) y la vitamina C. Se encuentran principalmente en frutas y verduras, carne roja, cereales integrales, legumbres, huevo, vísceras, levadura, etc. (Martínez & Giner, 2016).

- **Minerales**

Se necesitan en mínimas cantidades, sin embargo, son muy importantes para el organismo. A diferencia de las vitaminas, son sustancias inorgánicas que actúan como reguladores de procesos metabólicos y de funciones de tejidos. Forman parte de ciertas estructuras como los huesos y dientes y se necesita alrededor de 20 minerales en diferentes cantidades. Los podemos encontrar en diferentes alimentos como carnes, lácteos, frutas, verduras, cereales, sal, etc. (Martínez & Giner, 2016).

2.2.4 ¿Con qué alimentos iniciar la alimentación complementaria?

Como se ha mencionado anteriormente, la AC va a ser un complemento a la LM, por lo que es importante empezar con la introducción adecuada, considerando, el tipo de alimento, preparación, texturas, frecuencia, variedad, calidad y porciones. Hay que tener en cuenta que la LM todavía es la principal fuente de nutrientes y calorías, sin embargo, los alimentos ayudarán a cubrir los requerimientos de energía, proteína, minerales como el hierro, zinc y vitaminas liposolubles. La AC debe basarse en alimentos que consuma el grupo familiar frecuentemente, se sugiere ofrecer los alimentos en pequeñas cantidades de forma individualizada, para que el infante

experimente sabores y texturas de los alimentos y poder observar si presenta alguna reacción al alimento (Gómez, 2018).

Cereales

Entre los cereales se encuentran la avena, la cebada, el maíz, el trigo, la quínoa, el arroz, el salvado de trigo, etc. Son de gran aporte nutricional por contener carbohidratos, proteínas, ácidos grasos esenciales, vitaminas y minerales, por lo que se aconseja su ingesta diaria. Según Cuadros (Cuadros et al., 2017), se recomienda no dar cereales antes de los 4 meses de edad, ni después de los 7 meses de edad, independientemente si el lactante toma leche materna o fórmula, ya que, según varios estudios se ha visto que incluir cereales después de los 7 meses puede generar intolerancia al gluten (proteína de los cereales), por lo que, se aconseja dar en pequeñas cantidades y de forma gradual, sobre todo, se debe de elegir alimentos que sean ricos en carbohidratos complejos y altos en fibra, evitando los alimentos comerciales por su alto contenido de azúcar, sodio, harinas y aceites refinados.

Lácteos

- Leche de vaca: No se recomienda ofrecer antes de los 12 meses de edad, independientemente de si el lactante haya sido alimentado por LME o fórmula. La leche de vaca es una fuente muy baja en hierro y su proteína es difícil de digerir para el sistema digestivo del bebé, también se ha visto que puede causar un exceso consumo de proteínas, potasio y sodio, tampoco se recomienda las “leches vegetales” antes del primer año de vida (Arana et al., 2019).
- Yogurt natural y queso: Estos alimentos, Gómez (Gómez, 2018), recomienda que se puede ofrecer a partir del noveno mes de vida, el yogurt debe ser natural sin azúcar y el queso bajo en grasa y sodio.

Carnes

Son ricas en proteínas, hierro, zinc y vitaminas como la B₁₂ y son muy importantes para el desarrollo y crecimiento del bebé. Por su gran aporte nutricional, se recomienda introducir este alimento (pollo, pavo, carne de res, ternera, cerdo) desde el sexto mes de edad de forma progresiva y en trozos pequeños (Cuadros et al., 2017).

Huevo

Es un alimento completo en proteínas con aporte de aminoácidos, ácidos grasos esenciales y vitaminas. El huevo es considerado un alimento alergénico y según las últimas investigaciones se recomienda que el huevo se ofrezca desde los 6 meses de edad en forma completa, es decir, sin separar la clara de la yema. Es importante ofrecer este alimento totalmente cocido para evitar algún tipo de infección como salmonelosis, de preferencia que sea huevo duro (Arana et al., 2019).

Pescado

El pescado es alto en proteínas, vitaminas, minerales como el hierro, zinc, cloro, potasio, yodo y fosforó, el pescado azul es más rico en ácidos grasos poliinsaturados como omega 3 y 6. De preferencia elegir pescados de tamaño pequeño por la acumulación de mercurio. El pescado también es considerado un alimento alergénico, sin embargo, se recomienda ofrecer tanto pescado blanco como azul y mariscos desde los 6 meses de edad (Arana et al., 2019).

Frutas y Verduras

Las frutas tienen principalmente agua, carbohidratos, fibra, minerales y vitaminas, en este grupo de alimento, se recomienda ofrecer diariamente las frutas naturales de forma troceadas y nunca en zumos o jugos hasta antes de los 12 meses de edad, se aconseja ofrecer frutas ricas en vitamina C acompañado con otros alimentos para facilitar la absorción de hierro (Arana et al., 2019).

En cuanto a las verduras, estas tienen principalmente agua, carbohidratos (fibra y celulosa), vitaminas y minerales. Se recomienda ofrecer gran variedad de verduras frescas y cocinadas, lo aconsejable sería escaldar las verduras para que no pierdan sus nutrientes al estar sometidas al calor, no se aconseja ofrecer espinacas, borrajas y acelgas antes de los 12 meses por el alto contenido de nitratos llegando a causar metahemoglobinemia, en el caso de ofrecerlo que sea en mínimas cantidades (Arana et al., 2019).

Legumbres

Son ricas en carbohidratos, proteínas, hierro y vitaminas, contienen altos niveles de nitratos, por lo que se recomienda remojar como mínimo 8 horas con el fin de desactivar los antinutrientes, botar el agua que estuvo en remojo y cocinar sin condimentos, se las puede ofrecer a partir del sexto al séptimo mes, en pequeñas

cantidades acompañado de verduras para aumentar el valor biológico de las proteínas (Arana et al., 2019).

Lípidos

Actualmente se recomienda en los lactantes hasta los 12 meses de edad, consumir como mínimo 30 g de grasa al día, que fácilmente se puede obtener de la leche materna y complementando con otros alimentos ricos en grasa como la yema de huevo, aguacate o aceite de oliva (Arana et al., 2019).

Frutos secos

Son fuente de grasas y proteína vegetal, sin embargo puede causar atragantamiento, por lo que en el caso de ofrecer en la dieta se recomienda que sean bien triturados (Arana et al., 2019).

Sal y Condimentos

Evitar la sal y condimentos fuertes en las preparaciones de las comidas, ya que sus riñones aún son inmaduros para manejar cantidades de sal a diferencia de los adultos, la ingesta excesiva de sodio desde temprana edad puede desarrollar hipertensión arterial a futuro. No se debe ofrecer alimentos procesados, conservas o sopas en polvo, se recomienda que su consumo sea menos de 1 g de sal o a su vez 0,4 g de sodio hasta los 12 meses de edad (Arana et al., 2019).

Minerales

- **Calcio**

La ingesta adecuada (IA) recomendada en bebés de 6 a 12 meses es de 260 mg/día, los infantes alimentados con leche materna llegan a retener más cantidad de calcio, sin embargo, las leches de fórmula vienen enriquecidas considerando sus necesidades (Mahan & Raymond, 2017).

- **Zinc**

La leche materna y las fórmulas proporcionan de 0,3 a 0,5 mg/100 kcal durante el primer año de vida, también se recomienda complementarlo con alimentos como carnes rojas y cereales, ya que su deficiencia se ha visto que está relacionada con el retraso del crecimiento (Palacios, Ros, Barrientos, Girón, Sasetta, 2017).

- **Hierro**

Los bebés durante el embarazo y gracias al corte tardío del cordón umbilical, generan reservas de hierro, sin embargo, sus reservas empiezan a disminuir cuando doblan su peso, siendo un riesgo para presentar anemia. Por lo que, Mahan & Raymond (Mahan & Raymond, 2017), sugieren que es importante suplementar con hierro de 1 mg/kg/día a los bebés que han sido alimentados con lactancia exclusiva desde el cuarto mes de vida hasta la introducción de alimentos que sean ricos en hierro, como carnes rojas y cereales acompañándolo con alimentos ricos en vitamina C, se recomienda de los 6 a 12 meses consumir 11 mg/día.

2.2.5 ¿Qué alimentos se debe evitar?

Al momento de iniciar la AC, es importante conocer que no todos los alimentos son esenciales o incluso algunos pueden llegar a ser perjudiciales a la salud del niño/niña al incorporarlos desde muy temprana edad. Como, por ejemplo: en el caso de las verduras, se recomienda que sean cocinadas y en pedazos pequeños. Las verduras de hojas verdes (espinaca y acelga) tienen altos contenidos de nitratos y en ocasiones se ha visto que el consumo de estas puede causar metahemoglobinemia, por lo cual, se debe ofrecer las verduras de hojas verdes ocasionalmente. También se debe evitar alimentos sólidos que puedan causar un riesgo de atragantamiento como uvas enteras, frutos secos, salchichas, caramelos, chocolates, carnes sin cortar, chicles, gomitas o frutas enteras sin cocción previa (Gómez, 2018).

Miel de abeja

No se recomienda ofrecer miel hasta antes de los 24 meses de edad, porque puede contener esporas de *Clostridium Botulinum*, llegando a causar botulismo en el infante (Arana et al., 2019).

Azúcar y Edulcorantes

No se debe ofrecer ningún tipo de azúcar ni edulcorantes antes de los 3 años de edad y de preferencia retrasar su introducción el mayor tiempo posible. Así mismo, evitar el consumo de cualquier tipo de alimento azucarado como postres, helados, chocolates o producto procesado con contenido de azúcar y bebidas azucaradas como jugos naturales o artificiales. Es importante a esa edad que el paladar pruebe y se acostumbre a los sabores naturales de los alimentos, además que los jugos no

ofrecen un aporte nutricional adecuado, provocando un aumento de peso por calorías innecesarias y por desplazamiento de otros alimentos, a diferencia de una fruta entera, (Cuadros et al., 2017).

Café y Tés

Evitar cualquier bebida excitante (café, té verde y té negro) ya que sus alcaloides pueden producir cólico y son poco nutritivos para los infantes.

Embutidos

Los embutidos no se recomiendan antes del año de edad o se deben retrasar lo más posible, por su alto contenido de sodio, grasas saturadas y nitritos.

2.2.6 Frecuencia de consumo de alimentos

La frecuencia de la comida aumenta mes a mes a medida que el niño crece y se desarrolla, esta cantidad debe distribuirse a lo largo del día, aumentando el número de comidas diarias y estas dependen de la energía que necesita el infante a medida que la capacidad del estómago y necesidades crecen.

La AC debe comenzar con una comida al día, ya sea por la mañana o en un horario conveniente para la familia, se puede aumentar la cantidad a 2-3 comidas / día, los refrigerios se pueden servir tomando en cuenta que deben de ser alimentos nutritivos, se recomienda iniciar con la introducción de un alimento nuevo cada 2 a 3 días, y en caso de que no acepte el alimento, se debe intentar nuevamente en 7 días y como mínimo se recomienda intentar por lo menos 5 veces (Cuadros et al., 2017).

Edad (meses)	6-7 meses	7-8 Meses	8-12 Meses	>12 Meses
Textura	Puré y papillas	Purés, picados finos, alimentos machacados	Picados finos, trocitos	Incorporar a la dieta familiar en trozos (ajustado a la edad)
Alimentos	Carnes, cereales, verduras y frutas. Inicio consumo de agua	Agregar legumbres	Agregar derivados de la leche, huevo y pescado	Agregar frutas cítricas **, leche entera, embutidos, pescados y mariscos **
Frecuencia	2 a 3 veces al día	3 veces al día	3 a 4 veces al día (una colación)	3 a 5 veces al día (dos colaciones)
Volumen de leche/día	500 mL/día	500 mL/día	500 mL/día	500 mL/día
Requerimiento energía/día (Kcal/día)	640-750	700-774	667-705	580-894

Figura 1. Frecuencia de alimentos

Nota: Tomado de: (Cuadros et al., 2017)

La alimentación de un infante se divide en tres etapas: lactancia, alimentación transicional y adulto modificado.

- ✓ **Lactancia:** Esta etapa comprende desde el nacimiento hasta los primeros 6 meses de vida. El único alimento el cual debe ingerir el infante es la leche materna y en circunstancias especiales las fórmulas infantiles.
- ✓ **Transicional:** Esta etapa va desde los 6 meses hasta el año de edad, iniciando con gran variedad de alimentos o conocida como la AC.
- ✓ **Adulto modificado:** Este período comienza desde el primer año de edad, cuando el desarrollo del sistema nervioso, aparato digestivo y renal alcanzan un grado de madurez o similar al del adulto.

Para este se ha realizado la investigación que los infantes de:

- ✓ 0 a 6 meses de forma exclusiva solo debe ser la leche materna (Arana et al., 2019).
- ✓ Desde los 6 meses a 12 meses de edad se sigue manteniendo la leche materna como el principal alimento (Arana et al., 2019).
- ✓ Desde los 6 meses se comienza a añadir verduras, frutas y hortalizas, estas son una fuente muy importante de vitamina C y B6. Las verduras de hoja verde, frutas y verduras de color anaranjado son ricas en carotenoides, que son transformados en vitamina A; las verduras de hojas verde oscura, además son ricas en folatos, aquí su preparación puede ser cocida, licuada o en puré, pero se recomienda que los vegetales se vayan añadiendo un vegetal en cada preparación (Arana et al., 2019).
- ✓ Desde los 6 meses se comienza a añadir alimentos de origen animal (AOA) como los diferentes tipos de carne magra, pollo, evitar los AOA con grasa. Los alimentos de origen animal sin grasa son una buena fuente de proteínas de alto valor biológico por contener todos los aminoácidos esenciales, hierro, zinc y ácido araquidónico (omega 6) (Arana et al., 2019).
- ✓ Desde los 6 meses se añade a la dieta del infante puede ser el pescado blanco, pescado azul y mariscos. Se debe tener en cuenta que, al momento de la ingesta, el pescado no debe tener espinas para evitar que se atragante (Arana et al., 2019).

- ✓ Desde los 9 meses se puede ofrecer yogurt natural (sin azúcar) y queso fresco (sin sal), en el caso de que se le brinde antes del noveno mes se recomienda ofrecer en pequeñas cantidades (Arana et al., 2019).
- ✓ De los 12 meses en adelante se puede ofrecer leche de vaca y es recomendable que el infante coma con su familia los mismos alimentos, pero cuidando la consistencia, la cantidad, tamaño de las porciones y frecuencia de los alimentos a ofrecer (Arana et al., 2019).
- ✓ Desde los 6 meses en adelante se añade a la dieta del infante almidones, cereales con gluten y sin gluten, por ser una rica fuente de fibra y de energía (Arana et al., 2019).
- ✓ A partir de los 6 meses es recomendable introducir el huevo entero a la dieta del bebé, ya que, estudios han demostrado que hay un menor riesgo de desarrollar alergias alimentarias (Arana et al., 2019).
- ✓ Desde los 6 meses se recomienda dietas con un adecuado contenido de grasas, siendo el aceite de oliva más favorable por su composición para cualquier preparación culinaria (Arana et al., 2019).

2.2.7 Daños de la Alimentación Complementaria en relación con la Edad

2.2.7.1 Introducción temprana de la AC

Con el inicio de la AC a una temprana edad, la leche materna puede ser desplazada por otros alimentos de menor calidad. El consumo de los alimentos complementarios que no son aptos para el mes o la edad del infante puede dar lugar a un aumento de enfermedades diarreicas agudas (EDA), desnutrición, además la exposición de algunos alimentos puede llevar al desarrollo de alergias (Noguera, Marquez, Campos & Santiago, 2013).

Los riesgos de la introducción temprana son:

A corto plazo:

- **Aumento de enfermedad respiratoria:** Un estudio realizado en el año 2009 por (Alzate et al., 2011), en el que se incluyó 311 niños, se encontró una relación por el inicio temprano de la AC ya que se comenzó a sustituir la lactancia materna y esto provocó una aparición significativa con la bronquiolitis, reflujo gastroesofágico, síndrome bronco obstructivo y afección cardiorrespiratoria.

- **Daño renal:** esto se debe a que si se inicia la AC temprana su capacidad renal se disminuye ya que su riñón sigue siendo inmaduro y esto provoca que haya una sobrecarga de solutos por los alimentos ingeridos y no ocurra una buena filtración glomerular (Noguera et al., 2013).

A largo plazo:

- **Alergias:** La exposición de algunos alimentos puedan ocasionar riesgos de alergias a ciertos alimentos, sin embargo, es necesario que estos alimentos se introduzcan gradualmente después de que el infante haya tolerado el consumo de otros alimentos sólidos. Al momento no existe evidencia científica que retrasar alimentos potencialmente alérgicos más allá de los 6 meses evite el desarrollo de alergias alimentarias, sin embargo, es recomendable seguir las pautas realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde indica que se debe seguir con la lactancia materna e introducción progresiva de los distintos alimentos posiblemente alérgicos de uno en uno acompañado de los alimentos ya tolerables para diversificar la dieta y mejorar el aporte nutricional (Noguera et al., 2013).
- **Obesidad:** Se cree que la sobrealimentación es uno de los riesgos asociados con leche de fórmula y la alimentación introducida demasiado temprano antes del cuarto mes de edad esta se asocia con aumento de probabilidad de obesidad a los 3 años de edad (Noguera et al., 2013).
- **Hipertensión arterial (HTA):** El consumo de sal se incrementa considerablemente cuando se introducen los alimentos complementarios, siendo esta un factor relacionado con la HTA por el exceso de líquidos que esta origina en el organismo (Noguera et al., 2013).
- **Enfermedad celíaca:** esto se debe a que hay exposición al gluten antes de los 4 meses de edad y puede presentarse como una diarrea prolongada, abundante de mal olor y grasosa, distensión abdominal, baja de peso y de talla (Cuadros et al., 2017).

2.2.7.2 Introducción tardía de la AC

Retrasar la introducción de la AC tampoco es aconsejable debido a que aumentan los requerimientos energéticos y nutricionales del infante, la leche materna por si

sola a partir del sexto mes, no proporciona la suficiente energía para un adecuado desarrollo, además puede haber diferentes retrasos en el crecimiento, masticación, recepción de nuevos sabores, olores y desarrollar enfermedades como desnutrición aguda o crónica.

La alimentación complementaria tardía provoca que los requerimientos necesarios de algunos macro y micronutrientes sea insuficientes para la edad del infante como es en el caso del hierro lo que puede estimular a una anemia neonatal (Noguera et al., 2013).

Tabla 2. Actualidades en alimentación complementaria

Cuadro comparativo	
Introducción temprana < 4 meses	Introducción tardía > 6 meses
<ul style="list-style-type: none"> • Daño en los riñones por exceso de líquidos y sodio. • La maduración inmune no está garantizada. • Riesgo de alergias a ciertos alimentos. • Desequilibrio de órganos y tejidos. • Enfermedad celíaca. (por el consumo temprano del gluten). • Obesidad o sobrepeso (por consumo de alimentos altos en kcal). 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades del sistema inmunológico. • Alteración en el momento de ingerir alimentos. • Desnutrición. • Deficiencia de nutrientes. • Alergias alimentarias.

Nota: Adaptado de: (Cuadros et al., 2017).

2.2.8 Métodos para iniciar la alimentación complementaria

2.2.8.1 Método tradicional o de cuchara

Es el método más usado y la manera más clásica que se lleva a cabo en la etapa del infante. Consiste en introducir alimentos sólidos, líquidos, semilíquidos, en purés o papillas administradas bajo la supervisión de un adulto mediante una cuchara. El adulto tiene control sobre la velocidad y frecuencia en la que se ofrecen los alimentos, también hay un incremento paulatino en la consistencia, por lo que, antes de los 8 a

9 meses los alimentos deben tener una textura más grumosa y semi sólida, según las recomendaciones de organismos como la Asociación Española de Pediatría (AEP). A los 12 meses el lactante ya es capaz de ingerir el mismo tipo de alimentación que un adulto, con especial cuidado con los sólidos que presenten riesgo de ahogo (Cuadros et al., 2017).

2.2.8.2 Método mixto

Este método es una combinación del método tradicional con el Baby Led Weaning (BLW) o también conocido como la alimentación complementaria autorregulada o a demanda, donde el bebé va a crear independencia, tiempo con la familia, el desarrollo de sus habilidades motoras y orales, va a experimentar variedad de texturas y sabores (Solid Starts, 2021).

2.2.8.3 Método Baby-Led Weaning

El BLW es un método alternativo de alimentación infantil que promueve la autoalimentación a partir de los seis meses de edad en lugar de la alimentación regular con cuchara por parte de los padres. Aunque el BLW no se menciona específicamente en las recomendaciones de la OMS, se está volviendo cada vez más común usarlo. (D'Auria et al., 2018)

El BLW es recomendado para bebés sanos a término con desarrollo psicomotor adecuado, ya sean amamantados o con fórmula. Con la información adecuada y la precaución debida, la mayoría de las familias pueden practicar el método BLW de manera segura y eficaz. En prematuros, se puede evaluar de forma individual, pero siempre teniendo en cuenta la edad corregida, no es recomendado usar este método en niños con retrasos en el desarrollo, dificultades neurológicas o motoras (D'Auria et al., 2018)

La característica principal de BLW es que los bebés participan en las comidas familiares y se alimentan por sí mismos desde el inicio de la AC y con alimentos aproximadamente del tamaño del puño del bebé, esto significa que, aunque los padres proporcionan la comida, el niño mismo controla el proceso de la alimentación, de ahí el término " Baby-Led Weaning ". El infante decide cuánto y qué comer, el bebé se convierte activo en el proceso de alimentación y no un receptor pasivo a diferencia de los otros métodos (Revista Electrónica de Portales Médicos, 2018).

Este método se utiliza cuando el bebé se sostiene sentado casi sin apoyo y puede sostener un pequeño trozo de comida en su mano y llevárselo a la boca, generalmente alrededor de los 6 meses. A esta edad, muchos niños ya pueden moler y tragar alimentos blandos con las encías y los labios. Cuando se realiza el método BLW, se debe comenzar con alimentos que sean fáciles de atrapar y se recomienda que la consistencia sea lo suficientemente dura para sujetar sin desmoronarse y lo suficientemente suave como para masticarlo o triturarlo con las encías, ya que los dientes se irán descubriendo gradualmente (D'Auria et al., 2018).

2.2.8.4 Método Bliss (baby led introduction to solids)

El método BLISS o Baby Led Introduction to Solids, es una variante del Baby Led Weaning, en este caso, el método de introducción de los alimentos es el mismo, pero se focaliza en aquellos que son ricos en hierro y energía (Cuadros et al., 2017)

2.2.9 ¿Qué es una guía?

Una guía es un instrumentos digital o impreso que constituye un recurso educativo a través del cual se determina de manera planificada y estructurada la conducta del creador y el público en general durante el proceso de aprendizaje, se brinda información curricular, técnica a los participantes y si existen requisitos previos de aprendizaje. Se fundamenta en la pedagogía como ciencia generadora de desarrollo cognitivo y estilos de aprendizaje en sí misma. Es un recurso único, ya que complementa la labor de las personas que utilizan esta herramienta en la elaboración y dirección de brindar información didáctica, es la unidad básica del proceso didáctico, cuyo desempeño es luego monitoreado y controlado (Hernandez & Cruz, 2014).

La Guía Alimentaria (GA) son una herramienta que traduce e integra el conocimiento científico y los hábitos alimentarios de la población, orientando la elección de patrones dietéticos para promover estilos de vida saludables, las GA deben promover hábitos y prácticas de adecuación nutricional, promover la corrección de deficiencias y fomentar nuevas formulaciones de alimentos y prácticas de alimentación saludable (Ministerio de Salud Pública, 2018).

La GA sirve para cubrir las necesidades energéticas y nutricionales, teniendo en cuenta el sexo, la edad, la actividad y el estado fisiológico, también tiene en cuenta la distribución de nutrientes en la dieta, la fuente de los alimentos, la relación con la salud, factores sociales, culturales, económicos, ambientales y agrícolas relacionados

con la disponibilidad total y el uso de alimentos, se deben hacer mensajes positivos para revelar las ventajas y satisfacción de una dieta adecuada y debe estar enfocado a diferentes grupos multidisciplinarios para mejorar la nutrición de la población (Gobierno de la República del Ecuador, 2018).

2.2.9.1 ¿Qué se debe de tener en cuenta?

Para preparar las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA's), se deben seguir algunos pasos, incluida la formación de un grupo de trabajo, recopilación y análisis de información sobre salud, educación, agricultura y medio ambiente, identificar problemas de alimentación y nutrición, definir objetivos, desarrollo de mensajes principales, la situación de salud disponibilidad y acceso a la comida, conocer la prevalencia y la incidencia de la deficiencia de macronutrientes y micronutrientes. El diagnóstico de la situación alimentaria se realiza mediante la verificación de encuestas, informes y documentos existentes para determinar el nivel de problemas, posibles soluciones y evaluar el impacto que tendrá en la práctica (Gobierno de la República del Ecuador, 2018).

2.2.9.2 ¿Qué va a contener la guía propuesta?

Nuestra guía alimentaria va a contener información actualizada y mensajes de fácil comprensión para los médicos pediatras del Centro Médico Meditrópoli y para los padres o representantes de los infantes, promoviendo la adopción de como iniciar la AC y promover mejores hábitos alimentarios, priorizando el consumo de agua segura, frutas, verduras, legumbres, productos de origen animal según en el mes que se encuentre el infante, conservando las costumbres y la cultura ecuatoriana.

Los mensajes de las guías deben ser conocidos por toda la población, iniciando con los niños, quienes aprenderán y conservarán estas recomendaciones a futuro. Sin embargo, es recomendable seguir actualizando esta guía cada cierto período de tiempo ajustándose a la situación nutricional del país y que las instituciones gubernamentales fomenten espacios de recreación y ambientes alimentarios saludables.

2.3 Fundamentación legal

2.3.1 CONSTITUCIÓN

La Constitución es un acuerdo de convivencia de forma política y social, que establece, organiza y constituye las normas por las que se rige un país, asegurando

el orden, los deberes y derechos tanto de los ciudadanos como del estado. En cuanto a la Constitución de la República del Ecuador (2008), menciona varios aspectos fundamentales por los que se debe de regir la ley para la ciudadanía ecuatoriana y el estado debe de garantizar estos derechos para el buen vivir de toda la población, entre estos tenemos en el **Art. 13**, que todas las personas tienen "derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos (...)" pág. 19. Por lo que, haciendo referencia a este artículo, es fundamental que desde la concepción y en todo el ciclo de vida, se asegure una buena alimentación, sobre todo en los primeros 1000 días de vida que es una etapa fundamental para el desarrollo de niños y niñas.

También menciona que el estado garantiza y reconoce la vida digna, asegura la salud de las personas mediante una buena alimentación, nutrición y agua potable, lo cual es importante que el estado reconozca la atención a niños y niñas menores de 5 años apoyando su nutrición y salud para reducir la mortalidad de estos, debido a infecciones alimentarias o agua contaminada, según la Constitución de la República del Ecuador (2008), en el **Art. 44**, señala que:

Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición (...). (pág. 23)

La Constitución Ecuatoriana señala en el **Art. 69**, el deber de los padres, en el que se promoverá la maternidad y paternidad responsables en igual proporción, siendo obligados al cuidado, educación y alimentación de sus hijos e hijas, por otro lado en el **Art. 281 y en el ítem 13**, estado tiene la obligación de ofrecer soberanía y seguridad alimentaria hacia las personas, pueblos y comunidades para que puedan alcanzar la autosuficiencia de alimentos, protegiendo a la población del consumo de alimentos contaminados, sean un riesgo para la salud o haya desconocimiento sobre los efectos que cause en la salud de las personas.

2.3.2 CONVENIOS INTERNACIONALES

Los convenios internacionales son instrumentos legales de carácter normativo, donde hay un acuerdo entre 2 o más partes para regular los derechos y obligaciones de las partes acordadas, el Ministerio de Salud Público del Ecuador (2019), con el fin de

fortalecer la nutrición y seguridad alimentaria realizó 2 convenios internacionales para garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes, con un plazo de 7 años y en conjunto con los proyectos diseñados hasta el 2025, en el 1er convenio, la ministra firmo con la fundación ChildFund International USA, para implementar y dar seguimiento a las políticas públicas orientadas a mejorar la salud de niños y niñas en situación de vulnerabilidad para la prevención y promoción de la salud y el segundo convenio está enfocado en alcanzar una adecuada nutrición y desarrollo de la población ecuatoriana durante todo el curso de vida.

El Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador (PIANE) (2018 - 2025) tiene en cuenta las políticas internacionales y nacionales para dar una intervención intersectorial a la población, mediante la atención integral en salud y nutrición, fomentar y proteger la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada, fortalecer el estilo de vida saludable y mejorar los hábitos alimentarios, así como la seguridad y soberanía alimentaria con la ayuda de instituciones públicas, privadas y con organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Esta alianza me parece un gran aporte y ayuda a la población ecuatoriana, ya que, se enfoca específicamente en la alimentación y nutrición y como bien lo menciona, es fundamental intervenir en este ámbito para prevenir desnutrición, sobrepeso u obesidad, también su explicación y recomendaciones sobre la alimentación complementaria y suplementación desde los 6 hasta los 59 meses de edad es de gran utilidad para los profesionales de salud y mejorar en este ámbito al momento de intervenir en consulta con los pacientes.

2.3.3 Ley orgánica de consumo, nutrición y salud alimentaria

Las disposiciones de esta ley orgánica son de interés público, tienen un carácter integral y multidisciplinario, forman parte del sistema de soberanía alimentaria y constituyen un objetivo estratégico del Estado que contribuye a la realización de los derechos consagrados en la Constitución y leyes, especialmente leyes alimentarias (COMISIÓN TÉCNICA DE CONSUMO & ALIMENTARIA, 2013).

El Artículo 1 de la ley de consumo, nutrición y salud alimentaria tiene como objetivo promover opciones alimentarias libres, su información sea oportuna y

adecuada, racional, ética y solidaria por parte de las familias consumidoras y de esta manera lograr una redistribución de la riqueza y de la dinámica de un modelo económico justo y unificado, también por parte del sistema agrario y alimentario se basa en una agricultura familiar campesina, la pesca y recolección artesanal, que a su vez garantice la provisión de manera permanente de alimentos sanos, apropiados para el consumo y que se puedan obtener en el mismo territorio.

El Artículo 2 literal b) se trata de promover un cambio de hábitos de consumo favorable para la soberanía alimentaria mediante la capacitación y orientación a las familias consumidoras.

El Artículo 3 literal d) de la Ley Orgánica del Régimen de Soberanía Alimentaria, dispone como obligación del Estado que se incentive el consumo de alimentos sanos, nutritivos de origen agroecológico y orgánico, evitando en lo posible la expansión del monocultivo y la utilización de cultivos agroalimentarios en la producción de biocombustibles, priorizando siempre el consumo alimenticio nacional.

El Artículo 5 esta ley se regirá por 5 principios los cuales son: la de **no discriminación** el cual se trata que no se negará ningún suministro y acceso al alimento sin importar su género, etnia, religión, etc.; **sustentabilidad** este principio conlleva una visión integral del consumo alimentario que asegure la armonía entre el ser humano y la naturaleza.

El Artículo 7 nos indica que todas las personas tienen derecho a disponer y elegir alimentos sanos, nutritivos e inocuos, preferente y lo indicado serían de origen agroecológico y orgánico y así estar protegidas del hambre, la desnutrición y malnutrición.

El Artículo 10 trata de brindar una educación dirigida a niñas, niños y adolescentes garantizando que tengan el conocimiento suficiente sobre los cuidados y hábitos alimenticios acorde a su edad con una buena nutrición y una salud plena.

2.3.4 Decretos regionales

Decreto N.º 850:

El presente decreto crea el Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN), con el objeto de que los programas sociales de alimentación y nutrición de las instituciones públicas y de aquellos que reciban financiamiento del presupuesto del Estado,

coordinen sus acciones sobre la base de una política de seguridad alimentaria debidamente articulada (Palacios, 2005).

En los diferentes artículos expuestos en el (SIAN) se establece como principal cuidado y mejoramiento del estado nutricional de niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y madres en periodo de lactancia, también garantiza el acceso y consumo de alimentos a los grupos sociales más pobres y vulnerables del país garantizando una atención continua, integral y coordinada de los programas de alimentación y nutrición.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El marco metodológico es un conjunto de acciones propuestas para describir y estudiar el fondo del problema planteado, a través de procedimientos específicos que incluyen técnicas de observación y recolección de datos, determinando el “cómo” se realizará el estudio, esta tarea consiste en hacer activa los conceptos y elementos del problema que estudiamos, del mismo modo, Franco (Franco, 2011), nos dice que: “los elementos del marco metodológico que es necesario operacionalizar pueden dividirse en dos grandes campos que requieren un tratamiento diferenciado por su propia naturaleza: el universo y las variables” (pág. 48). Entonces podemos decir que es el resultado de la aplicación, sistemática y lógica, de los conceptos y fundamentos expuestos en el marco teórico.

3.1 Naturaleza de la investigación

3.1.1 Paradigma de la investigación

Según Capra (1996), el paradigma científico es una constelación de alcances, términos, valores, técnicas, etc. que tiene una comunidad científica en común y que son aplicados por esa comunidad para la definición de problemas y soluciones legítimas.

Para este estudio su naturaleza de investigación a utilizar será el paradigma positivista, realizado por medio de una encuesta hacia los médicos pediatras, donde la información de su experiencia laboral será útil para el desarrollo del método cuantitativo por medio de la observación, registros de datos y el análisis de conocimientos y recomendaciones que ofrecen los pediatras del Centro Médico Meditrópoli sobre la alimentación complementaria (AC).

Como se mencionó en el anterior párrafo el paradigma positivista, según Miranda & Ortiz (2021), trata de llegar a la verdad absoluta en medida que se van abordando los problemas de la investigación a realizar, con la cual, se establece una relación entre el investigador y el objeto de estudio.

Es definido por medio de una encuesta hacia los médicos pediatras, donde la información de su experiencia laboral será útil para el desarrollo del método cuantitativo por medio de la observación, registros de datos y el análisis de

conocimientos y recomendaciones que ofrecen los pediatras del Centro Médico Meditrópolis sobre la alimentación complementaria (AC). El estudio que se va realizar es considerado positivista por tener aspectos sociales frecuentes y en constante actualización que sucede a nivel mundial, utilizando el procedimiento de análisis de datos para la medición de ciencias exactas como son la medicina, nutrición, biología, etc.

El paradigma positivista, menciona Flores (2004), que se enmarca, en analizar desde el positivismo, como la realidad entra en el dominio de las leyes naturales y mecanismos, lo cual, el conocimiento de estas leyes y sus mecanismos son convencionalmente resumidos en la forma de tiempo y generalizaciones independientes del contexto. Algunas de estas generalizaciones toman la forma de leyes causa-efecto y ha tenido como resultado una influencia en las ciencias físicas, naturales, sociales y humanas.

3.1.2 Enfoque de la investigación

El enfoque de esta investigación será cuantitativo, por la realización del cuestionario donde se obtendrá respuestas impartidas de los médicos pediatras, en el cuestionario se analizará datos cuantitativos como: los tipos de alimentos que recomiendan en esta etapa, la edad adecuada y que métodos prefieren para iniciar la AC, con el fin de recolectar datos y analizar los resultados de como los médicos pediatras influyen en el consumo de los diferentes grupos de alimentos y la manera en que guían a los cuidadores o representantes en la edad más adecuada.

Nivel Descriptivo

El siguiente estudio es de nivel descriptivo, según menciona Moreno (2016), un estudio de nivel descriptivo, es aquel que busca describir, explicar y especificar propiedades importantes de personas, grupos o comunidades, en este caso el fenómeno a describir es, el conocimiento de los médicos pediatras sobre la alimentación complementaria, el cual se observará mediante una encuesta para obtener la información deseada.

Diseño no Experimental Transversal

Se ha definido en este caso, un diseño no experimental transversal, Castillo, Gómez, Quintero & Mejía (2021), explica que un diseño no experimental es aquel

que se lo realiza sin manipular las variables para luego analizarlo y se lo clasifica en el diseño transversal, ya que, la recolección de datos se la realiza en único momento, para evaluar dicha situación en un lapso de tiempo determinado.

Tipo de Campo

El tipo de investigación está enfocado en el medio usado para la recolección de datos, se ha determinado en este caso, que el tipo de investigación es de campo, como menciona Castillo (Castillo et al., 2021), el propósito de las investigaciones de campo se las realiza con el fin de recolectar los datos en el lugar exacto donde ocurre el evento, por lo que, se realizará para la recolección de datos, una encuesta a los médicos pediatras del Centro Médico Meditrópoli.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La población de estudio es un conjunto de casos, definido, limitado y accesible, que formara el pertinente inicio para la elección de la muestra, y que cumple con una serie de criterios predeterminados. Es necesario esclarecer que cuando se habla de población de estudio se refiere a todos los seres humanos, animales, muestras biológicas, expedientes, hospitales, objetos, familias, organizaciones, etc.; para esto último se podría definir como el universo del estudio (Arias, Villasís & Novales, 2016).

Según Arias (2012), expresa que si la población es menor o igual a cincuenta individuos, la población es igual a la muestra. De esta manera se realizará la entrevista mediante una encuesta en el Centro Médico Meditrópoli ubicado en la ciudad de Quito en la calle Av. Mariana de Jesús, a 40 médicos pediatras, para obtener datos sobre los conocimientos, recomendaciones y orientaciones que manejan en consulta al momento de iniciar la alimentación complementaria y poder elaborar la propuesta de la guía alimentaria para niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, dirigida a médicos pediatras del centro médico anteriormente mencionado.

3.2.2 Muestra

La muestra según, Wigodski (Wigodski, 2020), es una porción representativa de la población total, elegida para realizar un estudio, analizar datos, interpretarlos y encontrar ciertos resultados determinados para extrapolarlos a la población, su tamaño dependerá de la precisión que se quiera llevar en el estudio, mientras más

grande sea la muestra, mejores resultados se tendrá, todo dependerá del tiempo y recursos que el investigador tenga.

La pauta de la muestra según investigadores es aplicar una fórmula que les permita conocer el número de personas que van a encuestar en sus estudios, "por ejemplo si se tiene una población de 100 individuos habrá que tomar por lo menos el 30% para no tener menos de 30 casos, que es lo mínimo recomendado para no caer en la categoría de muestra pequeña." (López, 2004).

Para realizar el cálculo de la muestra se utiliza la siguiente fórmula según López (López, 2004):

$$M = \frac{N}{(N-1)*k^2+1}$$

M: muestra

N: Población o universo

K: margen de error (puede ser 10 %, 5 %, 2 %) para la formula.

El resultado de la muestra obtenido en este estudio, es un total de 29 médicos pediatras, donde, se utilizó el 10 % del margen de error, siendo considerado el 75 % de la población total del Centro Médico Meditrópoli.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1 Técnicas de investigación

Según Rojas (2011), el concepto de técnicas de investigación se hace referencia a los distintos procedimientos y medios que hacen que se puedan ejecutar las distintas herramientas, con esto se lleva a cabo las presentes investigaciones en la cual se utiliza diversas formas para la recopilación de datos lo cual se utiliza dentro de los diferentes enfoques cualitativos, cuantitativos y mixtos.

- Encuesta

Es una técnica destinada a la recolección de datos que se basa en la investigación realizada sobre una muestra de individuos o grupo de individuos que se lleva a cabo tanto en la vida cotidiana, educativa, política, etc. Se utiliza procedimientos

estandarizados de diferentes interrogaciones con el fin de obtener mediciones cuantitativas sobre una cantidad de características objetivas y subjetivas de la población (Villela, 2010).

El trabajo de titulación utiliza la encuesta como técnica de investigación, con la cual, se obtiene información sobre el tema a estudiar, la encuesta se la realiza a los médicos pediatras del Centro Médico Meditrópoli, para conocer las distintas experiencias en el tema de alimentación complementaria y continuar profundizando en la información de interés hacia la investigación propuesta.

3.3.2 Instrumentos de investigación

Los instrumentos son recursos de manera digital o en papel, usados por el investigador para extraer y recolectar información útil sobre un tema en específico, Espinoza (Espinoza, 2016), menciona que, los instrumentos deben brindar confiabilidad para que puedan ser validados al evidenciar la realidad que se quiere conocer, de igual manera, mientras mejor sea la medición de los instrumentos, se obtendrá mejores datos, que logren representar adecuadamente las variables deseadas por parte del investigador.

- Cuestionario

El cuestionario es un instrumento de investigación que contiene preguntas cerradas, abiertas o mixtas, con el objetivo de recopilar información hacia una o varias personas encuestadas, según García (García, 2003), el cuestionario es un instrumento muy útil para identificar y sugerir hipótesis, permite obtener información de manera sistemática y ordenada sobre la población objetivo, se puede obtener datos de hechos, opiniones, actitudes, sentimientos o cogniciones, por lo que, es sumamente importante, formular las preguntas con claridad para que haya un mejor entendimiento del encuestado.

En la investigación realizada el instrumento usado para la recolección de datos, es la realización del cuestionario de manera digital con preguntas cerradas dirigidas a los médicos pediatras, realizado en Formularios de Google, lo que, permite tener un mejor análisis y tabulación de los resultados, donde, se buscará obtener información en su área de especialización para la obtención de información actualizada sobre AC.

3.4 Operacionalización de la variable

Tabla 3. Operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual de la variable	Dimensión	Indicadores	Ítem	Instrumento
Conocimiento de los médicos pediatras	El conocimiento es el acto consciente e intencional para aprender las cualidades del objeto y primariamente es referido al sujeto.	Rasgos personales	Correo	1	Cuestionario de la Revista de Pediatría de Atención Primaria
			Nombre	2	
			Sexo	3	
			Años de experiencia	4	
		Concepción de la alimentación complementaria (AC).	Personal de salud	5	
			Iniciar AC	6, 7, 8	
			Retrasar AC	9, 10	
		Diferencia en AC	Amamantados	11	
Formula	12				
Alimentación complementaria	La alimentación complementaria es la introducción de cualquier	Herramienta para la AC	Medio informativo	13	Cuestionario de la
				14	

	alimento nuevo como complemento de la lactancia materna o fórmula infantil, ya sea sólido o líquido diferente a la leche materna, durante los 2 primeros años de vida.		Procedencia de medio informativo		Revista de Pediatría de Atención Primaria
		Recomendaciones de la AC	Alimentos	15	
			Modalidad de la AC	16	
			Consejos de la masticación	17	
		Baby Led Weaning (BLW)	Conocimientos del BLW	18	
			Fuente de información del BLW	19	
			Beneficios	20	
			Recomendaciones	21, 22	
			Familia que siga el método BLW	23	
		Transición a la alimentación familiar	24		

			Preocupación o ansiedad a las madres	25	
			Adaptación de sabores y consistencias	26	
			Intervención de las madres en la alimentación	27	
			Masticación frente a la succión	28	
			Desarrollo de habilidades motrices	29	
			Prevención de obesidad	30	
			Conflictos relacionados con la comida	31	
			Ganancia de peso	32	
			Carencias de nutrientes	33	
			Desarrollo madurativo del bebé	34	
			Preparación de comidas especiales	35	

3.5 Instrumento de recolección de datos

Un instrumento de recolección de datos es un recurso elaborado en papel o de manera digital con el fin de registrar y almacenar datos, nos permite sintetizar toda la investigación, como, marco teórico, variables y conceptos, para obtener la información necesaria y dar validez a la investigación, estos pueden ser muy amplios y variados, todo dependerá del tamaño y confiabilidad que se necesite en el estudio (Méndez, 2015).

La investigación realizada usa el cuestionario (ver en Anexo 2), elaborado por Martínez, Ana., Cantarero, Dolores & Espín, Beatriz (Martínez et al., 2018), el cual se realizará en formularios de Google (ver en Anexo 1), con el fin de obtener información confiable y válida para la recolección de datos.

Cuestionario

Un cuestionario es el conjunto de preguntas para extraer información determinada hacia un grupo de personas (población o muestra), con el objetivo de tabular, clasificar y analizar una investigación (Significados, 2022). El siguiente estudio tiene la posibilidad de usar un cuestionario con preguntas cerradas de elección múltiple vía online, autoadministrada por los médicos pediatras, la cual, se encuentra validada por la Revista de Pediatría de Atención Primaria y realizado por Martínez, Cantarero & Espín (Martínez et al., 2018).

3.6 Validez y Confiabilidad

3.6.1 Validez

Según Piscoya (2017) se entiende que la validez de una medida nos dice que el instrumento vale lo que pretende medir, es la correspondencia entre el instrumento de medida y la característica medible. Una herramienta es efectiva cuando realmente mide el indicador o los atributos que necesita medir, el nivel de seguridad que debe tener la herramienta que nos permitirá obtener resultados similares o equivalentes en un proceso continuo de recolección y medición de datos por un tercero.

3.6.2 Confiabilidad

La confiabilidad se define como el grado de concordancia de los resultados obtenidos por el mismo grupo de encuestados en una serie de mediciones utilizando el mismo equipo. La credibilidad representa la estabilidad y consistencia de los resultados, que

con suerte no variarán significativamente de una variedad de aplicaciones que utilizan la misma herramienta. El grado en que aplicarlo repetidamente al mismo sujeto u objeto producirá el mismo resultado, este es el nivel de seguridad que debe tener una herramienta que nos permita conseguir resultados equivalentes en la recopilación de datos en curso y realizada por terceros (Piscoya, 2017).

El presente estudio de titulación se utiliza un cuestionario que esta validado por la Revista de Pediatría de Atención Primaria, donde se tendrá una mayor confiabilidad al momento de la recolección y tabulación de datos, también su varianza de error será mínima y se podrá verificar por las preguntas si la encuesta es pertinente para los médicos pediatras.

3.7 Técnicas de análisis de los datos

Las técnicas de análisis de datos nos permiten llegar a una conclusión específica dependiendo de los datos que se haya obtenido en el estudio, es importante utilizar técnicas confiables, con el fin de que los datos puedan ser identificados y vinculados entre sí, para esto es importante tener en cuenta la organización de los datos, la reducción de la información mediante la integración y la categorización (QuestionPro, 2020). Entre ellas podemos encontrar:

- **Análisis de datos cuantitativos:** Los datos cuantitativos se van a representar en forma numérica, donde sus resultados son tangibles.

Para la siguiente tesis se usará la técnica de análisis de datos cuantitativos para conocer la edad recomendada que indican los pediatras para iniciar la AC mediante un cuestionario. En este caso se utilizará la estadística descriptiva donde se observará si existen o no regularidades y posibles cambios sobre como los médicos pediatras guían la alimentación complementaria en niños y niñas de 6 a 12 meses, para lo cual, se utiliza Formularios Google, donde el programa realiza automáticamente las tabulaciones y recolección de datos, para una mejor precisión de los resultados finales.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El análisis e interpretación de los resultados es la parte final y concluyente de una investigación, en este proceso se va a tomar toda la información que se ha recolectado del estudio, para ello se deberá eliminar los datos innecesarios y se lo presentará de forma ordenada, comprensible para lograr llegar a las conclusiones y a la toma de decisiones según los datos obtenidos (DELSOL, 2020).

En términos generales del estudio presentado, después de haber aplicado el instrumento para la recolección de datos, se procedió a realizar el tratamiento correspondiente para el análisis de estos. La información obtenida de la encuesta permite sacar las conclusiones a las cuales llega la investigación, mostrando los conocimientos que poseen los médicos pediatras del Centro Médico Meditrópoli sobre la alimentación complementaria (AC).

4.1 Resultados de la investigación

Dimensión: Rasgos Personales

Ítem 3: Resultados porcentuales del sexo de la muestra de estudio

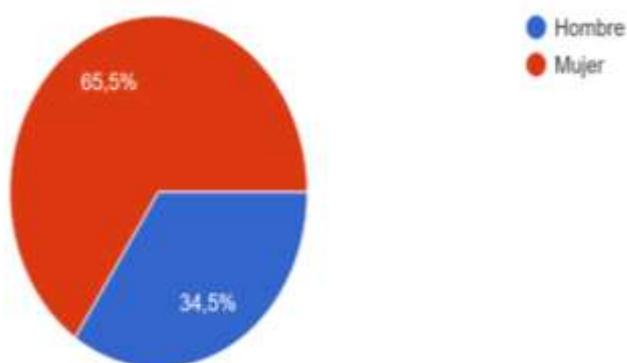


Figura 2. Sexo.

Arboleda y Rueda (2022)

En el Centro Médico Meditrópoli de todas las personas encuestadas, el 65,5 % de los médicos pediatras son mujeres y el 34,5 % son hombres.

Ítem 4: Años de experiencia tras haber completado la formación

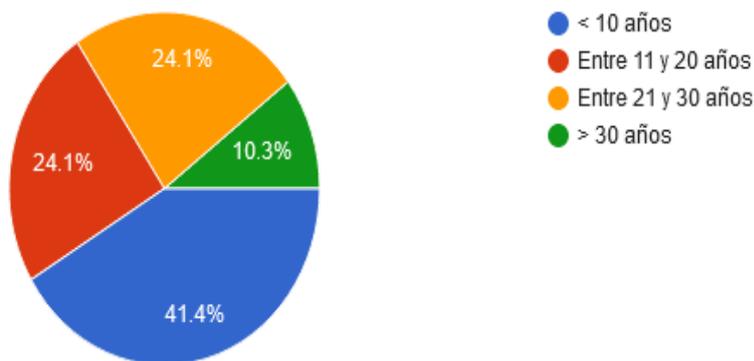


Figura 3. Años de experiencia.

Arboleda y Rueda (2022)

Según la encuesta realizada en el Centro Médico Meditrópoli se analiza la experiencia que tienen los médicos pediatras tras haber completado su formación. El 41,4 % tiene una experiencia menor a 10 años; el 24,1 % tiene una experiencia entre 11 a 20 años; el 24,1 % tiene una experiencia entre 21 y 30 años y el 10,3 % tiene una experiencia mayor a 30 años.

Dimensión: Concepción de la Alimentación Complementaria

Ítem 5: En tu lugar de trabajo, ¿quién informa sobre la AC?

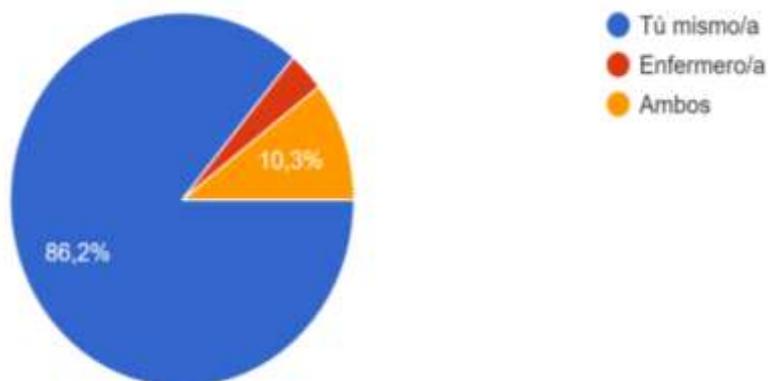


Figura 4. ¿Quién informa sobre AC?

Arboleda y Rueda (2022)

A partir de los datos obtenidos en la aplicación de la encuesta se pudo evidenciar que el 86,2% de los casos es el médico pediatra quien se encarga de dar la información sobre la alimentación complementaria (AC); el 10,3 % indica que tanto el médico

pediatra como el enfermero/a dan información sobre la AC y el 3,4 % contestaron que el encargado de proporcionar la información sobre la AC es el enfermero/a.

En la investigación realizada por San Mauro, Garicano, Porro & Camina (2021), en las ciudades autónomas de España indicaron que los profesionales de algunos centros de salud que informan a las familias de sobre la alimentación complementaria son las enfermeras en un 40 %, seguidos de los médicos pediatras con un 26,1 %; y el nutricionista dietético en un 6,3 %. Sin embargo, en un 30 % de otros centros de salud de las diferentes comunidades autónomas de España, los profesionales pediatras son los que informan sobre la AC.

Ítem 6: ¿A partir de qué edad recomiendas la alimentación complementaria?

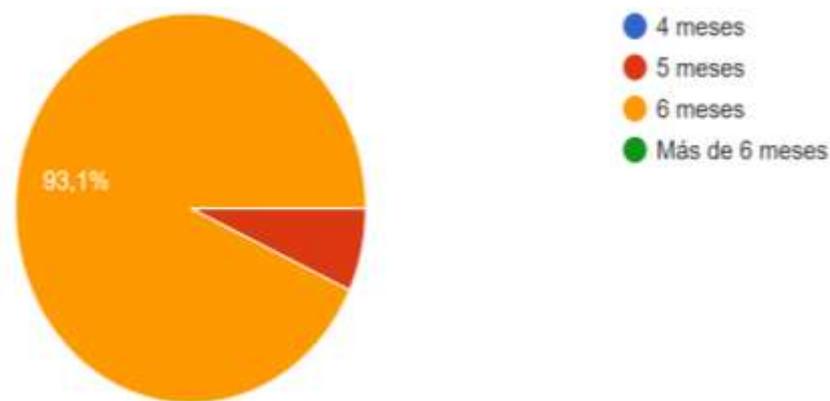


Figura 5. Edad recomendada para la AC.

Arboleda y Rueda. (2022)

Según los resultados de la encuesta realizada a los médicos pediatras del Centro Médico Meditrópoli, el 93,1 % de los médicos recomienda iniciar la AC a partir de los 6 meses y el 6,9 % recomienda iniciar la AC a partir de los 5 meses de edad.

Según la OMS (2021), indica que alrededor de los 6 meses de edad las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que es necesario la introducción de la alimentación complementaria, ya que el infante está apropiadamente desarrollado para incluir en su comida otros tipos de alimentos. También es importante conocer que, si no se introducen otros tipos de alimentos que complementen a la leche materna alrededor de los 6 meses o son introducidos de manera inadecuada, se puede ver afectado el crecimiento del niño y a la producción de alergias alimentarias.

Ítem 7: ¿Eres flexible para adelantar la AC en relación con alguna variable del niño?

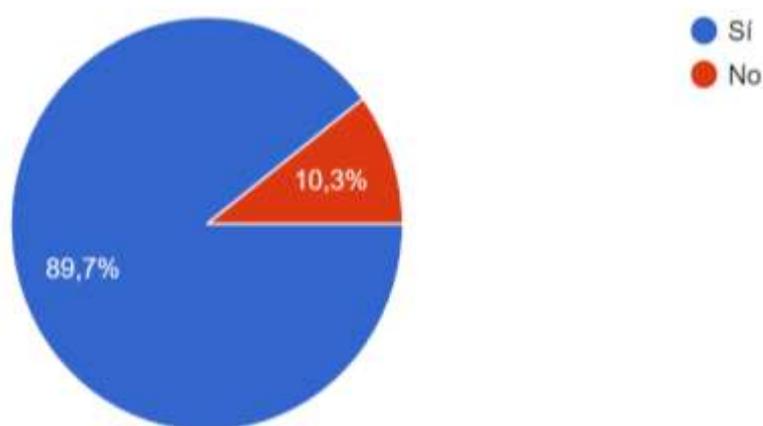


Figura 6. Flexibilidad para adelantar la AC.

Arboleda y Rueda. (2022)

En total se realizaron 29 encuestas donde, el 89,7 % de los médicos pediatras del Centro Médico Meditrópoli si son flexibles para adelantar la AC, mientras el 10,3 % no son flexibles para adelantar la AC.

Ítem 8: Si la respuesta a la pregunta anterior fue SÍ, indica cuál o cuáles.

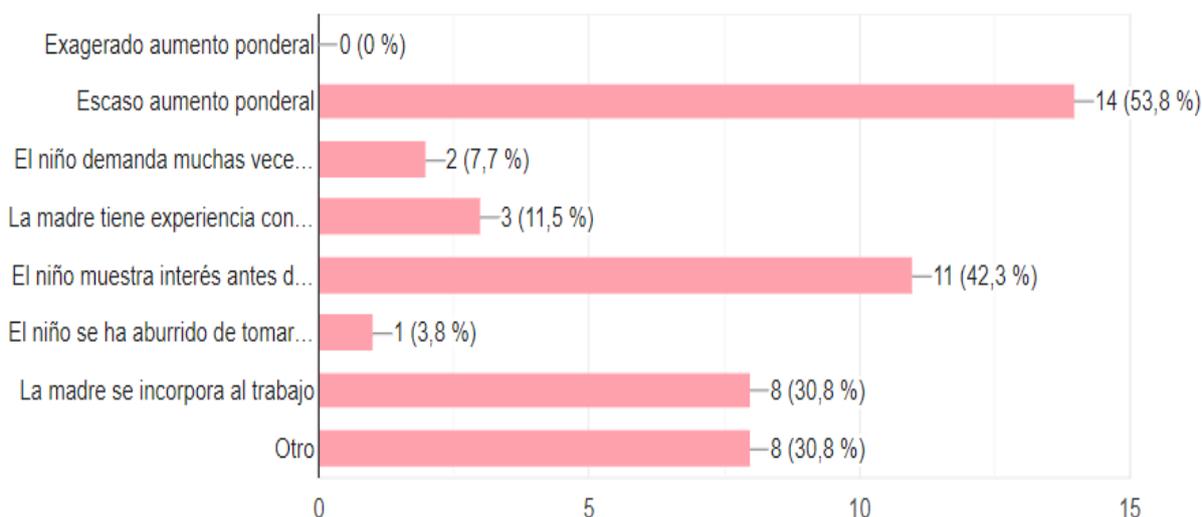


Figura 7. (cont.)

Arboleda y Rueda. (2022)

Por la respuesta obtenida en la pregunta anterior, el 53,8 % de los médicos pediatras del Centro Médico Meditrópoli indican que si son flexibles al momento de adelantar la AC cuando existe un escaso aumento ponderal; el 42,3 % cuando el niño muestra interés hacia los alimentos antes de la edad indicada; el 30,8 % por el reingreso de la

madre al trabajo; el 30,8 % por otros motivos no especificados; el 11,5 % por que la madre ya tiene experiencia con otros hijos; el 7,7 % por la demanda del niño en el alimento y esto más sucede en el horario nocturno y el 3,8 % por el motivo que el niño se aburre de tomar solo la leche materna.

En la tesis elaborada por Castro (2016), respondiendo a los ítems 7 y 8, el inicio de los alimentos sólidos implica un período de transición entre la alimentación líquida (leche materna) y la alimentación característica del resto de la vida (principalmente la comida sólida), resulta un proceso complejo y gradual, que, entre otras cosas, requiere de un tiempo prudente para que los sistemas neuromuscular, renal, digestivo e inmunológico del niño adquieran la madurez necesaria, por lo que no se debe iniciar la AC antes de los 4 meses de edad. Sin embargo, no se ha especificado una modalidad preferida para iniciar la AC por que también se debe a la evaluación del profesional pediatra, ya que puede deberse a un escaso aumento ponderal donde se puede evidenciar que la leche ya no aporta el requerimiento nutricional y se necesita de otros alimentos, el infante ya muestra interés por otros alimentos a parte de la leche materna y por el trabajo de la madre donde se verifica que las mujeres con educación superior destetan al menor antes de los 6 meses y comienzan a introducir otros alimentos.

Ítem 9: ¿Eres flexible para retrasar la AC en relación con alguna variable del niño?

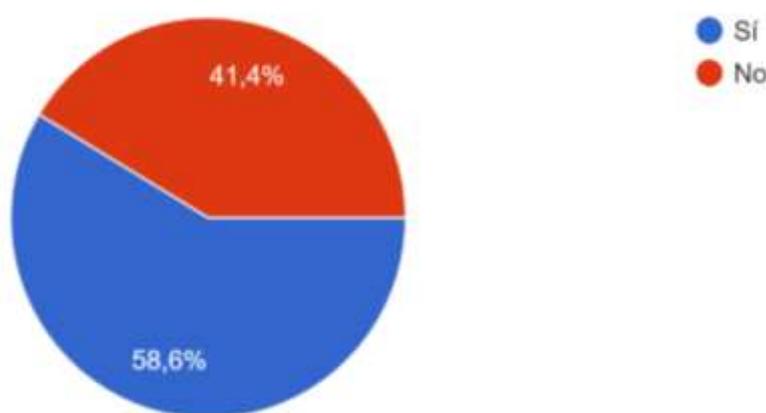


Figura 8. Flexibilidad para retrasar la AC.

Arboleda y Rueda. (2022)

El retrasar la AC puede causar problemas como se menciona en la (tabla 2), sin embargo, es importante analizar cada caso de forma independiente. En los resultados obtenidos se pueden ver que el 58,6 % de los médicos pediatras son flexibles para retrasar la alimentación complementaria en relación con alguna variable del infante; El 41,4 % no son flexibles para retrasar la alimentación complementaria.

Ítem 10: Si la respuesta a la pregunta anterior fue Sí, indica cuál o cuáles

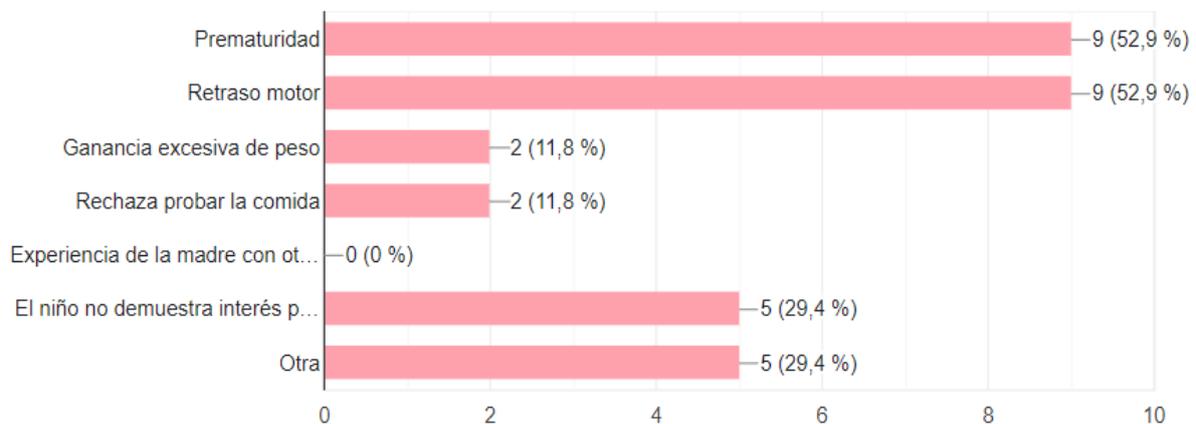


Figura 9. (cont.)

Arboleda y Rueda. (2022)

Según los datos obtenidos en la investigación, el 52,9 % de los médicos pediatras deciden retrasar la AC por prematuridad; El otro 52,9 % deciden retrasar la AC cuando hay retraso motor; El 29,4 % deciden retrasar la AC cuando el niño no muestra interés por la comida; El otro 29,4 % deciden retrasar la AC por otras causas; El 11,8 % deciden retrasar la AC cuando hay una ganancia excesiva de peso; El otro 11,8 % deciden retrasar la AC cuando el infante tiene un rechazo por la comida.

En este apartado podemos observar que el mayor porcentaje de la muestra tomada está de acuerdo con retrasar la AC por diferentes motivos, donde predomina la prematuridad y el retraso motor del bebé. Existen estudios que profundizan este ámbito como en el caso de, Gupta et al; (2019), realizado en India donde introdujeron la AC a los 4 meses vs 6 meses de Edad Corregida (EC) en prematuros < 34 semanas de edad, donde obtuvieron que la tasa de ingreso fue mayor a nivel hospitalario en el grupo de 4 meses a comparación de los infantes que iniciaron la AC a los 6 meses de EC, por lo que, recomiendan iniciar la AC a los 6 meses de EC en los niños prematuros.

De igual manera, tomando en cuenta el desarrollo psicomotor de los infantes, es necesario la individualización de cada caso para iniciar o retrasar la AC según corresponda. Es importante tener en cuenta los hitos de desarrollo como se menciona en el cap. II (p. 13). Gómez (Gómez, 2018), menciona que un bebé está listo para iniciar la AC cuando desarrolla las destrezas psicomotoras para aceptar los alimentos, se estima que esto sucede al sexto mes de vida, sin embargo, no todos los niños/as desarrollan los hitos al mismo tiempo y recomienda no retrasar la AC más allá de la semana 26 de edad (6 meses – 2 semanas), ya que aumenta el riesgo de problemas y déficits nutricionales en el infante.

Por otro lado, Brunner, Fuentes, Pezonaga & López (2019), dicen que las habilidades psicomotoras analizan la madurez psicológica como muscular, clasificándose en:

- Perceptivo – manipulativa: Él bebe se mantiene sentado y hace giros con su cuerpo.
- Cognitiva: Motricidad fina (manipulación de alimentos con las manos).
- Lenguaje: El bebé se comunica con sus cuidadores para informar sus necesidades alimentarias.
- Social: Expresa sentimientos de agrado o disgusto mientras come.

Aquí mencionan que es importante la estimulación en los primeros 12 meses independientemente del método que usen los cuidadores para iniciar la AC, hay que dejar que los bebés exploren y manipulen objetos para que tengan un buen desarrollo psicomotor, incluso si el bebé es prematuro, indica que no es necesario sobreprotegerlos. Hay que recordar que la AC como su nombre lo indica, es el complemento de la lactancia materna y no al revés, señalando que la edad optima sea a los 6 meses de edad, de igual manera, la introducción de los alimentos debe ser de manera progresiva y coherente con la erupción de los dientes y la capacidad que vayan desarrollando para masticar los alimentos.

Dimensión: Diferencia en Alimentación Complementaria

Ítem 11: ¿Sigues el mismo patrón con los niños amamantados que con los que toman solo fórmula?

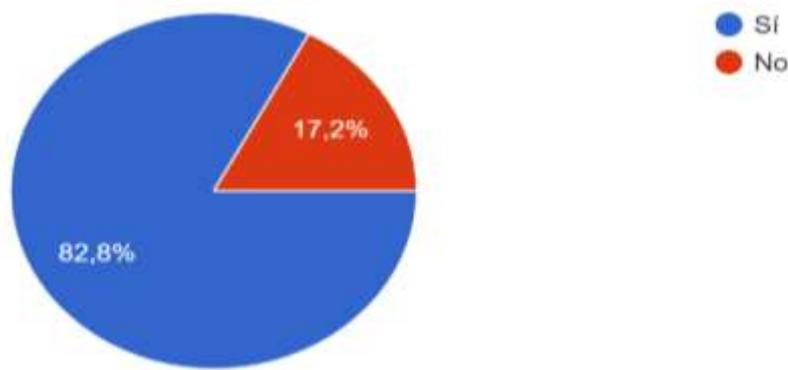


Figura 10. Sigues el mismo patrón con los niños amamantados que con los que toman fórmula.

Arboleda y Rueda. (2022)

Según los resultados obtenidos en la encuesta realizada, el 82,8 % de los médicos pediatras siguen el mismo patrón con los niños amamantados que con los que toman solo fórmula, mientras que el 17,2 % no siguen el mismo patrón en estos casos.

Ítem 12: Si la respuesta a la pregunta anterior fue NO, explica por qué

Los médicos pediatras del Centro Médico Meditrópoli, mencionan iniciar antes la AC en pacientes que han sido alimentados con fórmula y en el caso de los bebés que han sido alimentados con lactancia materna exclusiva esperan hasta el sexto mes de edad y también toman en cuenta la tolerancia que tengan los bebés a la fórmula o leche materna para iniciar la AC.

En un estudio realizado por Lois (2018), analizaron la relación que existe de obesidad infantil y el tipo de lactancia, donde relacionaron a la lactancia artificial con un aumento excesivo de peso durante los primeros años de vida del infante, mientras que, la lactancia materna tuvo relación con ser un factor protector contra la obesidad y apoyada de una adecuada AC el infante tendrá grandes beneficios.

En la revista de pediatría española, donde, Zubero et al., (2018), dice que en los niños alimentados con lactancia artificial o mixta se debe de introducir los alimentos como cereales sin gluten, frutas y verduras entre los 4 y 6 meses de edad, siguiendo las mismas recomendaciones que se ofrecen en los bebés alimentados con lactancia materna exclusiva. En el caso de los niño/as alimentados con leche de fórmula, se recomienda después de los 6 meses ofrecer fórmula de continuación y no más de 2 raciones al día (500 ml), la lactancia materna se recomienda extenderla

hasta los 2 años de edad, mientras con la lactancia artificial, se recomienda mantenerla hasta el año de edad.

Es importante mencionar que en cualquiera de los casos la AC debe ser estimulada en un ambiente tranquilo, con paciencia y sin distracciones, permitir que el niño explore y se ensucie, es un momento de aprendizaje en el que se debe de crear buenas experiencias en el infante.

Dimensión: Herramienta para la Alimentación Complementaria

Ítem 13: ¿Utilizas una hoja de consejos sobre alimentación complementaria escrita?

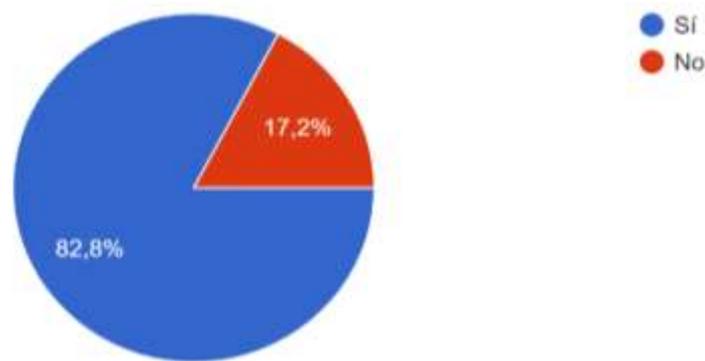


Figura 11. Hoja de consejos sobre AC.

Arboleda y Rueda. (2022)

El explicar y enseñar a los cuidadores como iniciar la AC, es importante para que los cuidadores puedan tener una correcta guía con los infantes, en los resultados obtenidos del cuestionario, el 82,8 % de los médicos peditras usan una hoja de consejos sobre alimentación complementaria, mientras que el 17,2 % no la utilizan.

Ítem 14: Si la respuesta a la pregunta anterior fue SÍ, indica su procedencia

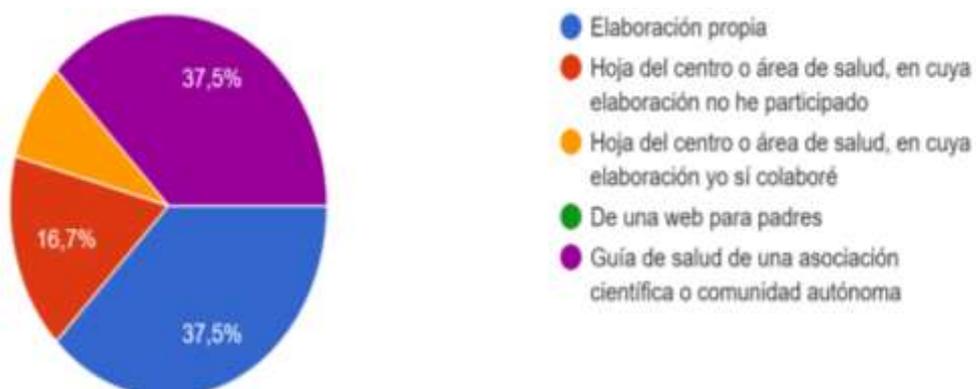


Figura 12. (cont.)

Arboleda y Rueda. (2022)

En este apartado mencionan que, el 37,5 % indica que esta hoja es de la elaboración propia del médico pediatra; El otro 37,5 % indica que su procedencia es de una guía de salud de una asociación científica o comunidad autónoma; El 16,7 % indica que usan una hoja del centro o área de salud, en cuya elaboración no han participado y el 8,3 % usan una hoja del centro o área de salud, en cuya elaboración han colaborado.

En todo este tiempo las recomendaciones sobre AC han ido variando constantemente, por lo que, Navarro & Borque (2019), indican que los padres si prefieren tener una guía para no cometer errores, sin embargo, el menciona que las hojas de recomendaciones las realizan basándose en las recomendaciones de la OMS, Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) y en la Asociación Española de Pediatría (AEP), pero solo de forma orientativa por el hecho de que se debe de particularizar cada caso sin seguir un orden específico, ya que esas recomendaciones se deben de escribir en conjunto con las familias adaptándolo a cada niño, a la tradición de la familia y la disponibilidad de alimentos que tengan, así lo establecen de manera consciente y educable para establecer unos buenos hábitos alimentarios.

Dimensión: Recomendaciones de la Alimentación Complementaria

Ítem 15: ¿Con qué grupo de alimentos recomiendas iniciar la alimentación complementaria?

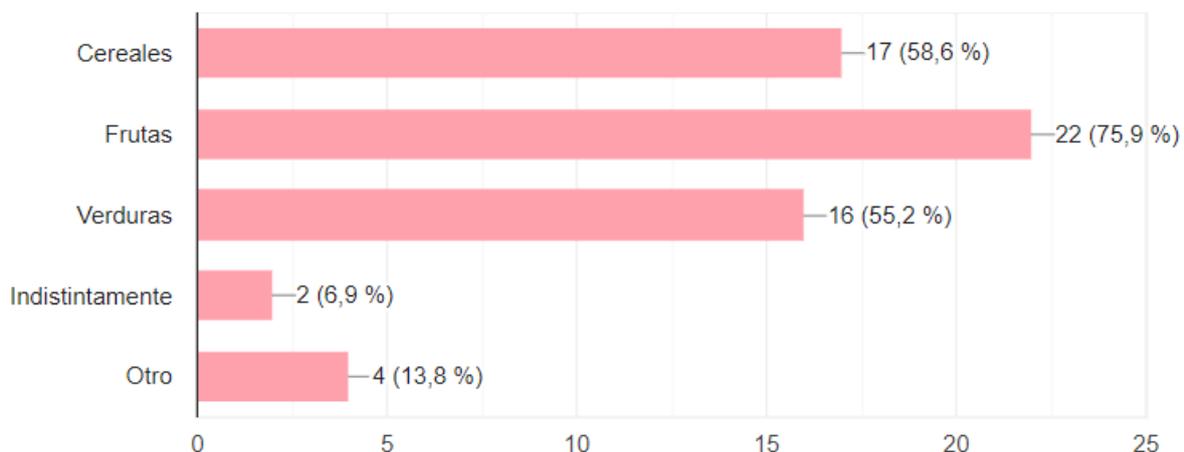


Figura 13. Grupos de alimentos para iniciar la AC.

Arboleda y Rueda. (2022)

El tener una AC variadas, con diferentes texturas y sabores, es fundamental para enseñar al infante a consumir varios alimentos durante su desarrollo, como resultados se obtuvo que, el 75,9 % de los médicos pediatras indican iniciar la alimentación complementaria con frutas; El 58,6 % prefiere iniciar con cereales; El 55,2 % indica iniciar con verduras; El 13,8 % indican con otro y el 6,9 % inician indistintamente.

Si la respuesta a la pregunta anterior fue OTRO, especifique ¿Cuál?

El porcentaje que señalo "otro", menciona iniciar la alimentación complementaria con proteínas como carnes, pollo, huevos y tubérculos, teniendo en cuenta según varias investigaciones, que las proteínas son un alimento importante en la AC.

La OMS (2013), indica que es importante la cantidad, el orden y la frecuencia con la que se ofrecen los alimentos, así como ofrecer una AC suficiente y con diferentes consistencias para aportar a las necesidades nutricionales del infante, esto dependerá de la disponibilidad de grupos de alimentos que tenga cada hogar y región territorial, pero siempre se debe de implementarla inocuidad en alimentaria.

En un estudio realizado en Mérida por Jurado (2020) recopiló diferente información sobre lactancia materna y alimentación complementaria a 52 médicos pediatras para analizar los conocimientos que tenían sobre los temas mencionados, donde sugieren que los infantes pueden comenzar la AC de manera gradual con diferentes alimentos sugiriendo hacerlo de manera tradicional con papillas espesas de vegetales como la zanahoria o papa utilizando un vegetal por vez, también indican ofrecer carne para suplir las deficiencias de hierro y vitamina B, los cereales son el grupo de alimentos preferidos para iniciar la AC, revelan que si el infante rechaza los cereales se añade a las papillas frutas, finalmente dicen que al introducir los diferentes grupos de alimentos por vez, el niño a los 7 meses ya contara con 3 alimentos de cada grupo para ofrecer los nutrientes suficientes.

Concluyeron que el nivel del conocimiento de los pediatras era intermedio, con debilidades en la edad para iniciar la AC, porciones según la edad, adición de grasas a los alimentos y la incorporación de alimentos alergénicos y se recomienda reforzar el nivel del conocimiento de los profesionales sobre la AC para evitar las brechas existentes.

Por otra parte, Gómez (Gómez, 2018), indica que el iniciar la AC, no debe ser de manera rígida y ningún grupo de alimento o alimento será mejor que otro, recomiendan ofrecer alimentos que sean ricos en hierro y zinc introduciéndolos de uno en uno para observar la aceptación y tolerancia del infante.

Ítem: 16.- ¿Con qué modalidad aconsejas iniciar la alimentación complementaria?

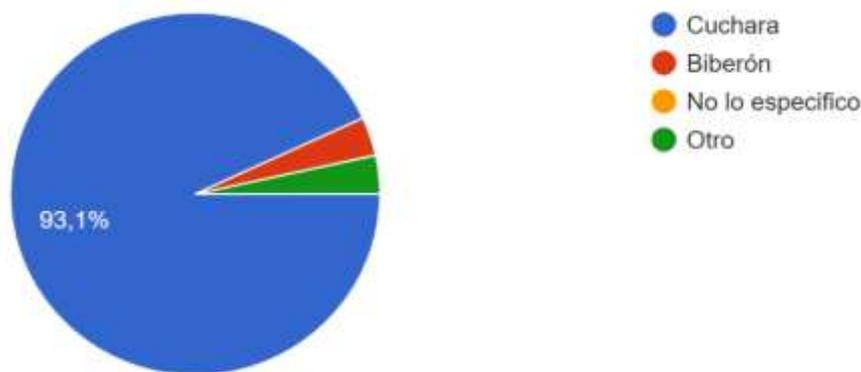


Figura 14. Modalidad que aconsejan para iniciar la AC.

Arboleda y Rueda. (2022)

La modalidad para empezar la AC, es decisión personal de los padres, sin embargo, es necesario que el médico pediatra guíe a los cuidadores durante este proceso. Como resultados se obtuvo que, el 93,1 % indican iniciar la alimentación complementaria mediante la cuchara; El 3,4 % indican iniciar con biberón y el 3,4 % indican iniciar con otro método. El otro método que mencionan para iniciar la AC, es con las manos.

El inicio de la AC debe ser individualizado con las preferencias de los cuidadores y la mejor opción para el lactante, hoy en día hay nuevos métodos que mencionan ser muy aceptables para el desarrollo del infante, como el método BLW o BLISS. Se realizó un estudio donde García de la cruz et al ., (2020), evalúa la diferencia que hay entre la AC clásica y el método BLW. A la AC clásica la denomina como: alimentación guiada por el cuidador mediante una cuchara, iniciando con papillas hasta modificar las texturas progresivamente, menciona que este método permite desarrollar el sentido del gusto hacia los nuevos alimentos y el desarrollo de estructuras bucales, por otro lado, si se inicia precozmente aumenta el riesgo de enfermedades respiratoria, daño renal, hipertensión, obesidad, diabetes y enfermedades

cardiovasculares y si es tardío causa deficiencias de vitaminas y minerales, lento crecimiento, alergias y rechazo de alimentos.

El método BLW, permite que los lactantes elijan qué y cuánto comer según el ritmo de introducción de los alimentos sólidos, integrándose a la alimentación familiar, mejora la saciedad del infante, se desarrolla la musculatura orofacial y disminuye la aparición de obesidad al mejorar las preferencias por alimentos saludables, como desventaja puede generar una ingesta de energía insuficiente, riesgo de atragantamiento y alergias alimentarias. En este estudio compararon el peso y longitud en 26 lactantes de 4 a 12 meses edad, donde concluyeron que no hubo una diferencia significativa en los índices antropométricos y por lo tanto recomiendan los 2 métodos adecuados para iniciar la AC, sin embargo, mencionan que es importante realizar más estudios y en una población más grande donde se pueda considerar otras variables en ambos métodos.

Ítem: 17: ¿A qué edad aconsejas estimular la masticación?



Figura 15. Edad que aconsejan estimular la AC.

Arboleda y Rueda. (2022)

El aprendizaje y estimulación de la masticación es sumamente importante durante el desarrollo del infante, por lo que, 65,5 % menciona estimular la masticación a partir de los 8-9 meses de edad; El 27,6 % indica estimular la masticación tan pronto como el niño muestre interés y el 6,9 % indica estimular la masticación cuando el niño tiene algún diente

La función motora de la boca inicia a los 6 meses de edad y la función masticatoria de las encías inicia entre los 4 y 6 meses de edad, que es la edad recomendada para iniciar la AC, ofrecer alimentos con diferentes texturas en esta etapa influye en la

capacidad de masticación. Entre los 6 y 10 meses de edad erupcionan los primeros dientes (incisivos) y a los 6 meses la musculatura proximal empieza a desarrollarse ayudando a la motricidad fina de la lengua, labios y a la introducción y manipulación de alimentos sólidos (Millán, 2022).

En la revista Española escrita por Brunner et al., (Brunner et al., 2019), indican que estimular la masticación en los primeros años de vida aporta beneficios en los procesos de saciedad, absorción de nutrientes y en el desarrollo de la cavidad oral. Se realizó un estudio donde a unos infantes se les ofreció pan duro desde los 6 meses y a otros se les ofreció alimentos blandos durante 1 o 2 años, encontrando una relación entre la consistencia de alimentos y el desarrollo de la cavidad oral. Concluyeron que se puede ofrecer cualquier alimento de diferentes texturas adaptadas a la capacidad de masticación del bebé, para desarrollar la cavidad oral desde que el niño esté preparado para iniciar la AC.

Dimensión: Baby Led Weaning (BLW)

Item:18 ¿Conoces el modelo baby-led-weaning (BLW) para la introducción de la alimentación complementaria?

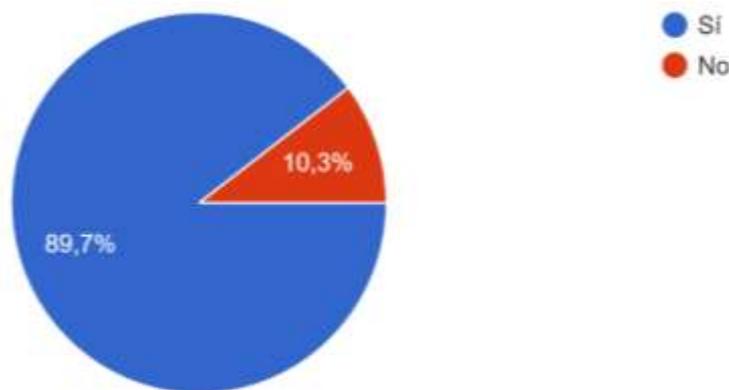


Figura 16. Conocen el modelo BLW.

Arboleda y Rueda. (2022)

El modelo BLW es un modelo en que él se promueve la autoalimentación del infante, en los resultados obtenidos el 89,7 % de los médicos peditras conoce el modelo baby led weaning (BLW) para iniciar la alimentación complementaria (AC); El 10,3 % no conoce el BLW, para iniciar la AC.

Ítem 19: Si lo conoces, ¿cuál ha sido tu fuente de información?

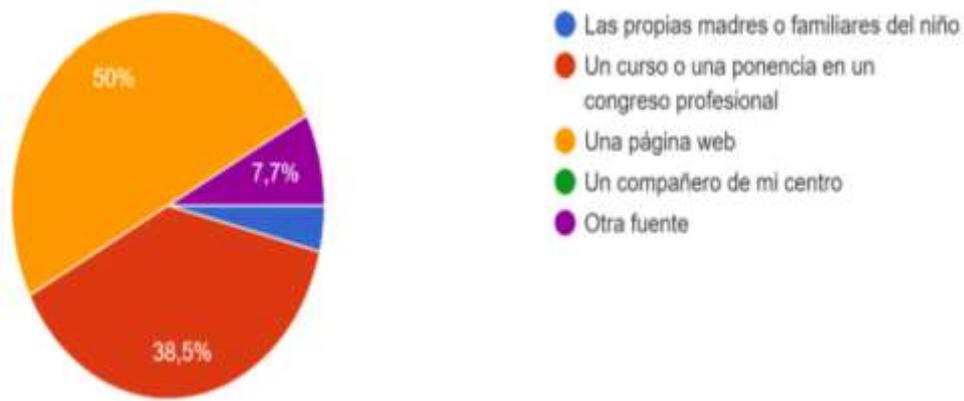


Figura 17. Fuente de información sobre BLW.

Arboleda y Rueda. (2022)

Del porcentaje que conoce el modelo BLW, el 50 % ha obtenido información de este método mediante una página web; El 38, % ha obtenido información mediante un curso o una ponencia en un congreso profesional; El 7,7 % ha obtenido información de otra fuente y el 3,8 % ha obtenido información de las propias madres o familiares del niño.

Ítem 20: ¿Conoces sus beneficios?

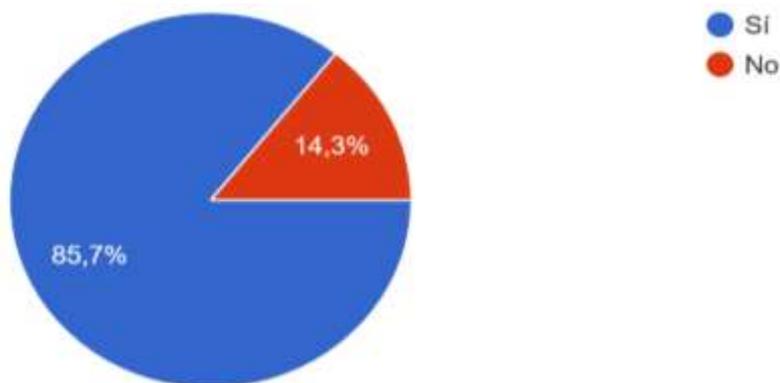


Figura 18. Conocen los beneficios.

Arboleda y Rueda. (2022)

En el método del BLW para iniciar la AC, el 85,7 % de los médicos pediatras si conoce los beneficios que tiene el método BLW, mientras que el 14,3 % no lo conoce.

Ítem 21: ¿Lo recomiendas?

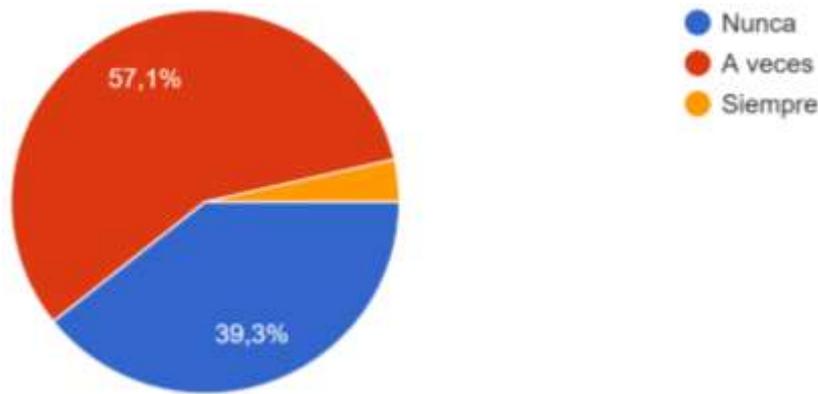


Figura 19. *Lo recomiendan.*

Arboleda y Rueda. (2022)

Con los resultados obtenidos se puede evidenciar que el 57,1 % de los médicos pediatras recomienda el método BLW a veces; El 39,3 % nunca recomienda el método BLW y el 3,6 % siempre recomienda el método BLW.

Ítem 22: Si no lo recomiendas, indica por qué

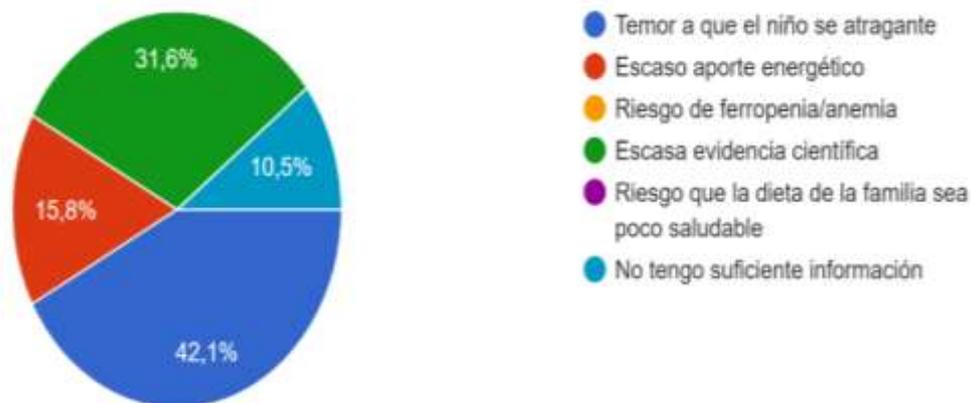


Figura 20. *Porque no lo recomiendan.*

Arboleda y Rueda. (2022)

En base a las preferencias que eligen los médicos pediatras para recomendar el método BLW, se puede observar que, el 42,1 % no recomienda el método BLW por temor a que el niño se atragante; El 31,6 % no lo recomienda por escasa evidencia científica; El 15,8 % no lo recomienda por un escaso aporte energético y el 10,5 % no lo recomienda por no tener suficiente información.

Ítem 23: ¿Tienes actualmente familias que sigan este método?

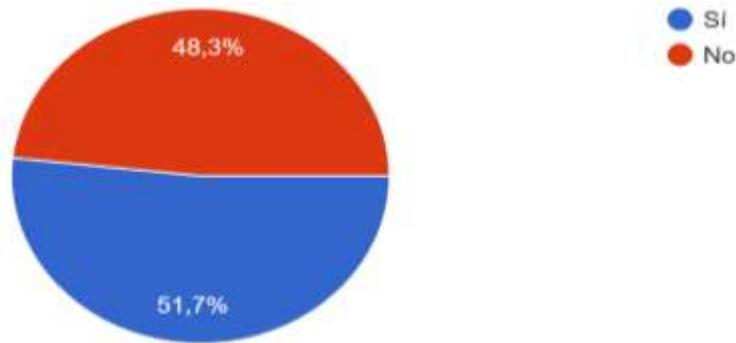


Figura 21. Tienen familias que realicen BLW.

Arboleda y Rueda. (2022)

En base a la experiencia y según los resultados obtenidos, el 51,7 % de los médicos pediatras si tienen familias que siguen el método BLW, mientras que el 48,3 % no tienen familias que sigan este método.

Ítem 24: Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: “el BLW facilita la transición a la alimentación familiar”



Figura 22. El BLW facilita la alimentación familiar.

Arboleda y Rueda. (2022)

Con los resultados obtenidos de la encuesta según el grado de acuerdo o desacuerdo que presentan los médicos pediatras, el 41,4 % está totalmente de acuerdo en que el método BLW, facilita la transición de la alimentación familiar; El 17,2 % es indiferente en que el método BLW, facilita la transición de la alimentación familiar; El 17,2 % no sabe/no tiene experiencia con el método BLW; El 10,3 % está totalmente en desacuerdo que el método BLW, facilita la transición de la alimentación familiar; El otro 10,3 % está totalmente de acuerdo en que el método BLW, facilita la transición

de la alimentación familiar y el 3,4 % está parcialmente en desacuerdo en que el método BLW, facilita la transición de la alimentación familiar.

Ítem 25: Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: “el BLW genera menos preocupación o ansiedad a las madres”

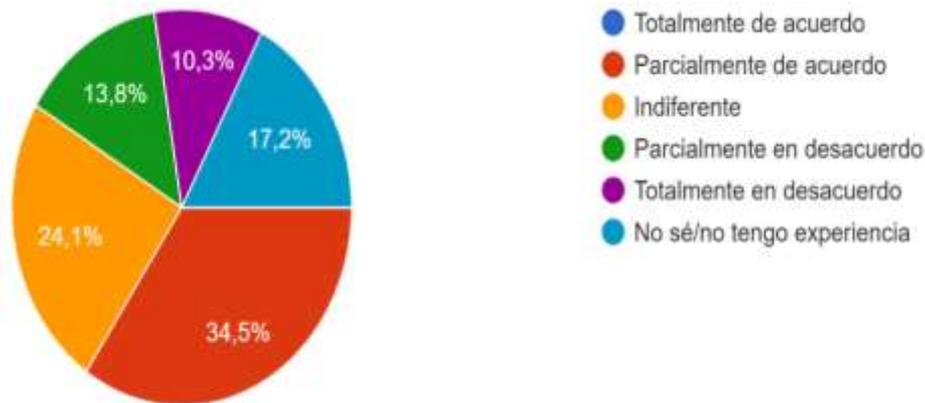


Figura 23. El BLW genera menos preocupación o ansiedad a las madres.

Arboleda y Rueda. (2022)

Con los resultados obtenidos de la encuesta según el grado de acuerdo o desacuerdo que presentan los médicos pediatras, el 34,5 % está parcialmente de acuerdo que el BLW genera menos preocupación o ansiedad a las madres; El 24,1 % es indiferente con que el BLW genera menos preocupación o ansiedad a las madres; El 17,2 % no sabe/no tiene experiencia con el método BLW; El 13,8 % está parcialmente en desacuerdo con que el BLW genera menos preocupación o ansiedad a las madres y el 10,3 % está totalmente en desacuerdo con que el BLW genera menos preocupación o ansiedad a las madres.

Ítem 26: Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: “el BLW facilita que el bebé se adapte a sabores y consistencias”

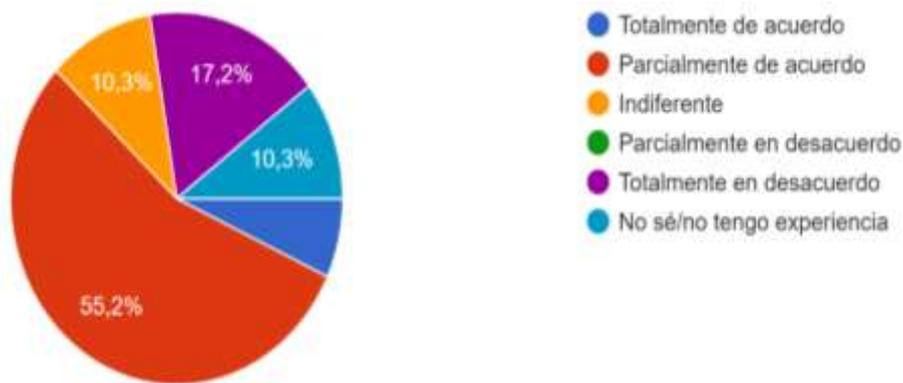


Figura 24. *El BLW facilita a la adaptación de sabores y consistencias.*

Arboleda y Rueda. (2022)

Con los resultados obtenidos de la encuesta según el grado de acuerdo o desacuerdo que presentan los médicos pediatras, el 55,2 % está parcialmente de acuerdo con que el BLW facilita que el bebé se adapte a sabores y consistencias; El 17,2 % está totalmente en desacuerdo con que el BLW facilita que el bebé se adapte a sabores y consistencias; El 10,3 % es indiferente con que el BLW facilita que el bebé se adapte a sabores y consistencias; El otro 10,3 % no sabe/no tiene experiencia con el método BLW y el 6,9 % está totalmente de acuerdo con que el BLW facilita que el bebé se adapte a sabores y consistencias.

Ítem 27: Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: “el BLW ayuda a que las madres no se sobren impliquen en la alimentación”

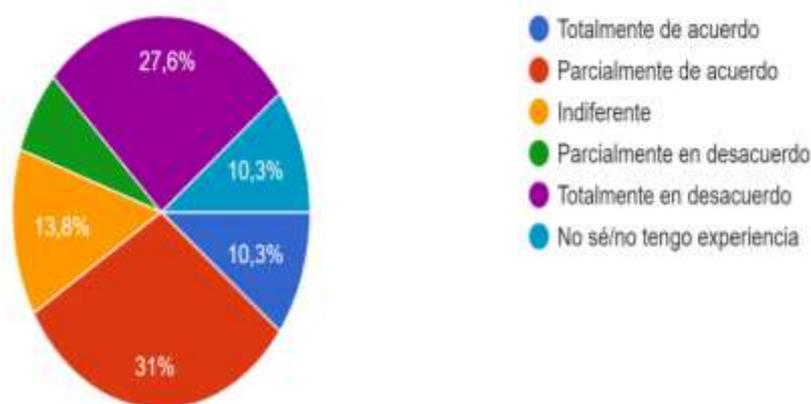


Figura 25. *El BLW ayuda que las madres no se sobren impliquen en la alimentación.*

Arboleda y Rueda. (2022)

En el Centro Médico Meditrópolis los médicos pediatras en un 31 % están parcialmente de acuerdo que el método BLW ayuda a que las madres no se sobre impliquen en la alimentación; el 27,6 % está totalmente en desacuerdo que el método BLW ayuda a que las madres no se sobre impliquen en la alimentación; el 13,8 % es indiferente en que el método BLW ayuda a que las madres no se sobre impliquen en la alimentación; el 10,3 % está totalmente de acuerdo que el método BLW ayuda a que las madres no se sobre impliquen en la alimentación; el otro 10,3 % no tiene conocimiento o no tiene experiencia en que el método BLW ayuda a que las madres no se sobre impliquen en la alimentación y el 6,9 % está parcialmente en desacuerdo que el método BLW ayuda a que las madres no se sobre impliquen en la alimentación.

Ítem 28: Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: “el BLW potencia la masticación frente a la succión”

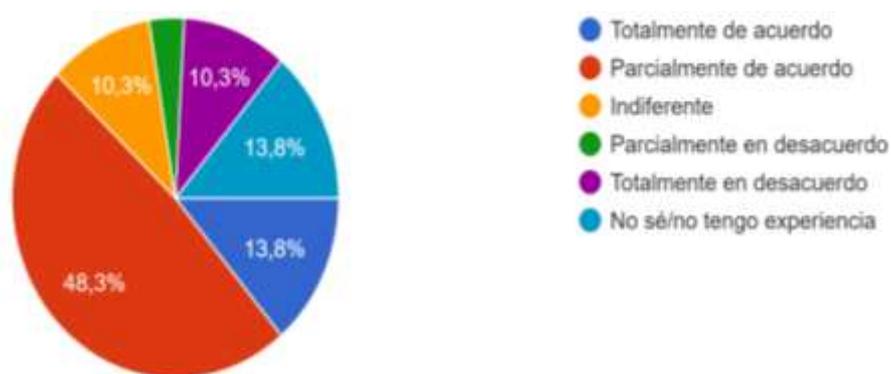


Figura 26. El BLW potencia la masticación frente a la succión.

Arboleda y Rueda. (2022)

En el Centro Médico Meditrópolis los médicos pediatras en un 48,3 % está parcialmente de acuerdo que el método BLW potencia la masticación frente a la succión; el 13,8 % está totalmente de acuerdo que el método BLW potencia la masticación frente a la succión; el otro 13,8 % no tiene conocimiento o no tiene experiencia que el método BLW potencia la masticación frente a la succión; 10,3 % es indiferente que el BLW potencia la masticación frente a la succión; el otro 10,3 % está totalmente en desacuerdo que el método BLW potencia la masticación frente a la succión y el 3,4 % está parcialmente en desacuerdo que el método BLW potencia la masticación frente a la succión.

Ítem 29: Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: “el BLW favorece el desarrollo de habilidades motrices finas”

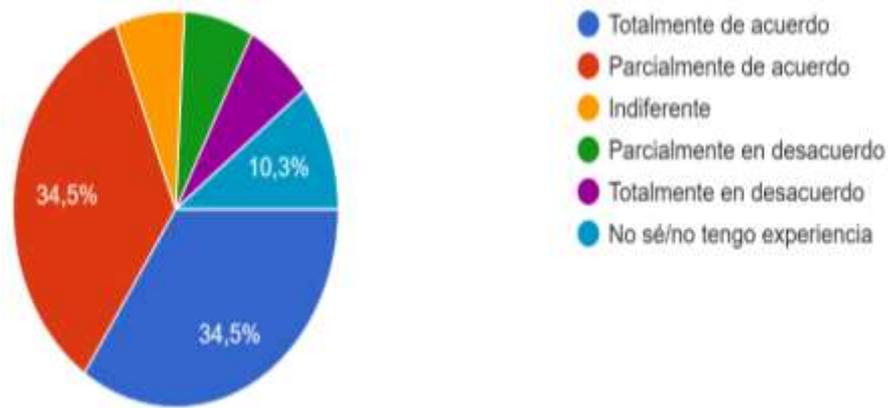


Figura 27. El BLW favorece el desarrollo de habilidades motrices finas.

Arboleda y Rueda. (2022)

En el Centro Médico Meditrópoli los médicos pediatras en un 34,5 % está totalmente de acuerdo que el método BLW favorece el desarrollo de habilidades motrices finas; el otro 34,5 % está parcialmente de acuerdo que el método BLW favorece el desarrollo de habilidades motrices finas; el 10,3 % no tiene conocimiento o no tiene experiencia que el método el BLW favorece el desarrollo de habilidades motrices finas; el 6,9 % es indiferente que el método BLW favorece el desarrollo de habilidades motrices finas; el otro 6,9 % está parcialmente en desacuerdo que el método el BLW favorece el desarrollo de habilidades motrices finas y el otro 6,9 % está totalmente en desacuerdo que el método el BLW favorece el desarrollo de habilidades motrices finas.

Ítem 30: Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: “el BLW puede prevenir la obesidad”

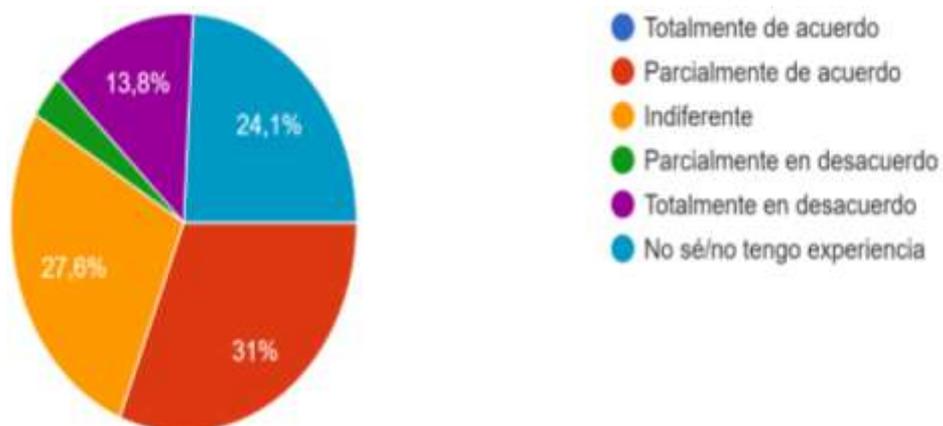


Figura 28. El BLW previene la obesidad.

Arboleda y Rueda. (2022)

En los resultados obtenidos de los médicos pediatras acerca del método BLW, sobre si puede prevenir la obesidad, el 31 % está parcialmente de acuerdo; el 27,6 % es indiferente; el 24,1 % no tiene conocimiento o no tiene experiencia; el 13,8 % está totalmente en desacuerdo y el 3,4 % está parcialmente en desacuerdo.

Ítem 31: Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: “el BLW puede prevenir los conflictos relacionados con la comida”

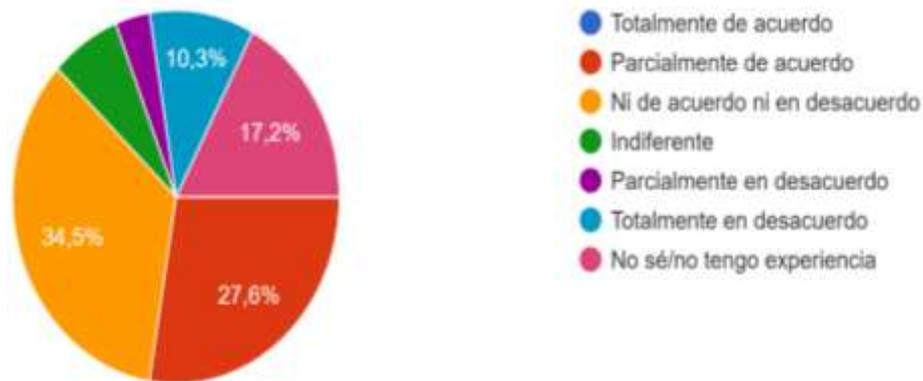


Figura 29. El BLW previene los conflictos relacionados con la comida.

Arboleda y Rueda. (2022)

En este apartado de la encuesta sobre el método BLW, el 34,5 % de los médicos pediatras está ni de acuerdo ni en desacuerdo que el método el BLW puede prevenir los conflictos relacionados con la comida; el 27,6 % está parcialmente de acuerdo que el método BLW puede prevenir los conflictos relacionados con la comida; el 17,2 % no tiene conocimiento o no tiene experiencia que el método el BLW puede prevenir los conflictos relacionados con la comida; el 10,3 % está totalmente en desacuerdo que el BLW puede prevenir los conflictos relacionados con la comida; el 6,9 % es indiferente que el método el BLW puede prevenir los conflictos relacionados con la comida y el 3,4 % está parcialmente en desacuerdo que el BLW puede prevenir los conflictos relacionados con la comida.

Ítem 32: Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: “posiblemente con el BLW los bebés no van a ganar suficiente peso”

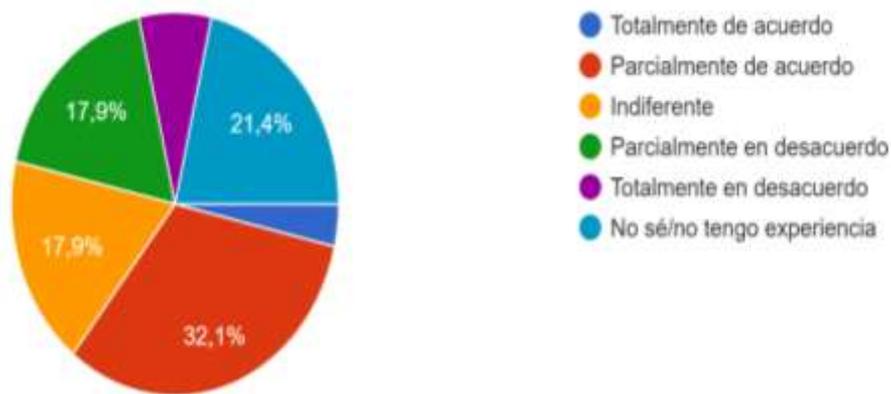


Figura 30. *El BLW evita que ganen peso.*

Arboleda y Rueda. (2022)

En base a los conocimientos de los médicos pediatras, el 32,1 % está parcialmente de acuerdo que posiblemente con el método BLW los bebés no van a ganar suficiente peso; el 24,1 % no tiene conocimiento o no tiene experiencia que posiblemente con el método BLW los bebés no van a ganar suficiente peso; el 17,9 % es indiferente que posiblemente con el método BLW los bebés no van a ganar suficiente peso; el 17,9 % está parcialmente en desacuerdo que posiblemente con el método BLW los bebés no van a ganar suficiente peso; el 7,1 % está totalmente en desacuerdo que posiblemente con el método BLW los bebés no van a ganar suficiente peso y el 3,6 % está totalmente de acuerdo que posiblemente con el método BLW los bebés no van a ganar suficiente peso.

Ítem 33: Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: “el BLW puede conducir a carencias de algunos nutrientes”

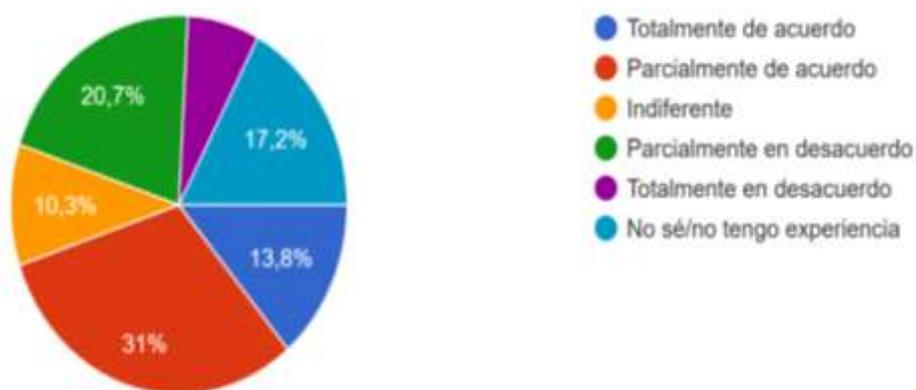


Figura 31. *El BLW puede generar carencias de algunos nutrientes.*

Arboleda y Rueda. (2022)

Los resultados obtenidos en la encuesta realizada por los médicos pediatras, el 31 % está parcialmente de acuerdo que el método BLW puede conducir a carencias de algunos nutrientes; el 20,7 % está parcialmente de desacuerdo que el método BLW puede conducir a carencias de algunos nutrientes; el 17,2 % no tiene conocimiento o no tiene experiencia que BLW puede conducir a carencias de algunos nutrientes; el 13,8 % está totalmente de acuerdo que el método BLW puede conducir a carencias de algunos nutrientes; el 10,3 % es indiferente que el método BLW puede conducir a carencias de algunos nutrientes y el 6,9 % está totalmente en desacuerdo que el método BLW puede conducir a carencias de algunos nutrientes.

Ítem 34: Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la afirmación: “el BLW puede favorecer el desarrollo madurativo del bebé”

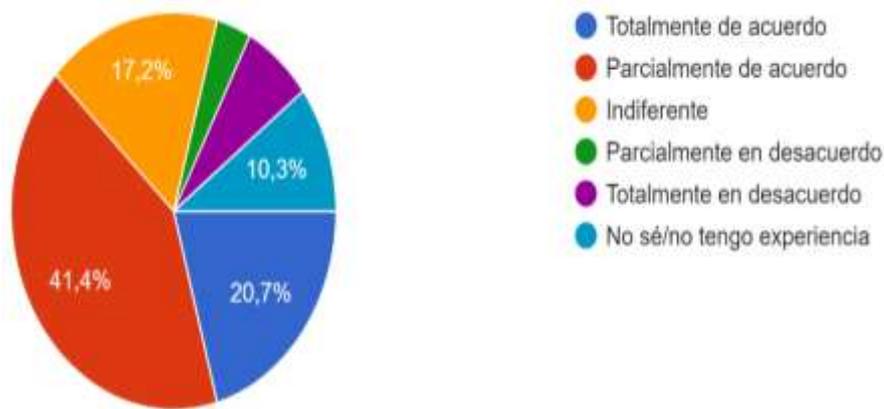


Figura 32. El BLW puede favorecer el desarrollo madurativo.

Arboleda y Rueda. (2022)

A partir de la encuesta realizada en el Centro Médico Meditrópoli, el 41,4 % de los médicos pediatras está parcialmente de acuerdo que el método BLW puede favorecer el desarrollo madurativo del bebé; el 20,7 % está totalmente de acuerdo que el método BLW puede favorecer el desarrollo madurativo del bebé; el 17,2 % es indiferente ante el método BLW que puede favorecer el desarrollo madurativo del bebé; el 10,3 % no tiene conocimiento o no tiene experiencia que el método BLW puede favorecer el desarrollo madurativo del bebé; el 6,9 % está totalmente en desacuerdo que el método BLW puede favorecer el desarrollo madurativo del bebé y el 3,4 % está totalmente en desacuerdo que el método BLW puede favorecer el desarrollo madurativo del bebé.

Ítem 35: Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la afirmación: “el BLW es muy cómodo pues no hay que hacer comidas especiales”

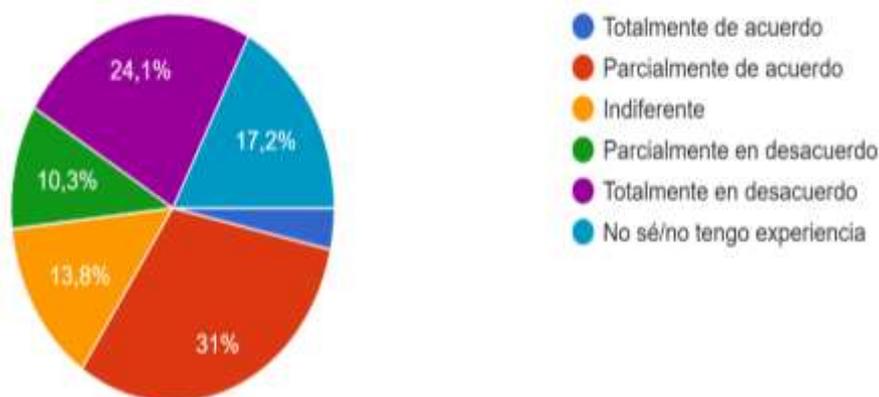


Figura 33. Con el BLW no hay que hacer comidas especiales.

Arboleda y Rueda. (2022)

Según el grado de acuerdo o desacuerdo de los encuestados del Centro Médico Meditrópoli, el 31 % de los médicos pediatras está parcialmente de acuerdo que el método BLW es muy cómodo pues no hay que hacer comidas especiales; el 24,1 % está totalmente en desacuerdo que el método BLW es muy cómodo pues no hay que hacer comidas especiales; el 17,2 % no tiene conocimiento o no tiene experiencia que el método BLW ya que es muy cómodo pues no hay que hacer comidas especiales; el 13,8 % es indiferente ante el método BLW es muy cómodo pues no hay que hacer comidas especiales; el 10,3 % está parcialmente en desacuerdo que el método BLW es muy cómodo pues no hay que hacer comidas especiales y el 3,4 % está totalmente de acuerdo que el método BLW es muy cómodo pues no hay que hacer comidas especiales.

El Baby-Led-Weaning (BLW) es un método nuevo que se ha implementado para iniciar la alimentación complementaria (AC), sin embargo, falta realizar más investigación para establecer que tan adecuado, recomendado y seguro puede ser utilizarlo con los infantes. Un estudio realizado por San Mauro et al., (San Mauro et al., 2021), evaluó de forma voluntaria los conocimientos y actitudes en padres y profesionales de la salud sobre BLW en España, donde el 92,3 % de profesionales y el 93,4 % de padres conocían el BLW, el 39,8 % de profesionales recomiendan siempre el BLW y el 49,7 % de los profesionales de la salud lo recomiendan a veces. Por otro lado, las familias que realizan BLW, está asociado con una mayor duración

de la lactancia materna, ya que, deben esperar que el sistema digestivo esté listo para aceptar alimentos sólidos. Concluyeron que los profesionales de salud y padres si recomiendan el método BLW porque ayuda a promover los hitos madurativos del bebé a comparación de los otros métodos.

También indican en el estudio de San Mauro et al., (San Mauro et al., 2021), que los médicos pediatras de las comunidades autónomas de España revelan que el método Baby Led Weaning (BLW) tiene sus beneficios al momento de que el infante comienza a convivir y compartir alimentos con su familia, experimentan nuevos sabores y texturas de las preparaciones de los diferentes alimentos, mejora la masticación frente a la succión favoreciendo positivamente a la maduración y la motricidad del infante. La saciedad es otro beneficio del método BLW donde el bebé no es presionado por sus padres durante la comida y tampoco se preocupan por su peso sin interferir directamente con la cantidad de alimentos que consumen, mientras que por los aspectos negativos del BLW son los riesgos de déficit energético, la insuficiente ingesta de micronutrientes y el riesgo de asfixia. Un estudio realizado por la revista española elaborada por (Brunner et al., 2019), indican que los bebés que son alimentados con la alimentación tradicional vs los que son alimentados por el método BLW, tienen el mismo riesgo de asfixia en ambos métodos, consumiendo los mismos alimentos que consumen a diario, donde los médicos pediatras del estudio hablado, indican que la probabilidad de atragantamiento en ambos caso es del 30 %.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En esta sección, se exponen las principales conclusiones que resultan del análisis de los datos obtenidos de la investigación. También se realiza la síntesis de los ítems más importantes de los datos obtenidos, lo que permite evidenciar si se rechaza o aprueba la hipótesis.

Por otra parte, se describen las posibles sugerencias que se daría a los investigadores que deseen realizar una exploración similar o con características similares. Las recomendaciones fueron orientadas a la posibilidad de ofrecer soluciones que resulten innovadoras y que sean efectivas según los resultados obtenidos de la investigación.

Conclusiones

- De acuerdo a los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los médicos pediatras del Centro Médico Meditrópoli, logramos determinar que los profesionales tienen un amplio conocimiento en la alimentación complementaria y mayor experiencia en el método tradicional, no obstante, evaluando los conocimientos del modelo BLW, se observó que existe desconocimiento al momento de aplicar este nuevo método, como se observó en los resultados, el 89,7 % conoce este método, pero, el 39,3 % nunca lo recomienda, por consiguiente, el 42,1 % de los profesionales no lo recomiendan por temor a que el niño se atragante.
- Una vez obtenido los resultados se elaboró una revisión de múltiples bibliografías científicas con información específica de alimentación complementaria en niños y niñas de 6 a 12 meses, donde se determinó las siguientes temáticas para la guía: para que se elaboró la guía, qué es la alimentación complementaria, edad para introducir la alimentación complementaria (pretérmino y término), masticación, grupos de alimentos, calendario de alimentación complementaria, que alimentos evitar, menú mensual, métodos y recomendaciones.
- Se elaboró la guía de alimentación complementaria en base a los resultados obtenidos de la encuesta de Rubio et al., (2018) (anexo 1) de la investigación,

también se obtuvo la colaboración de un diseñador gráfico para su diagramación y posterior publicación, la cual estará disponible en medios digitales.

- Se realizó la guía de alimentación complementaria para niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, que fue entregada a los médicos pediatras del Centro Médico Meditrópoli, la cual será otorgada por parte de los pediatras a los representantes y cuidadores para mejorar y complementar los conocimientos sobre la alimentación complementaria.

Recomendaciones

Sobre alimentación complementaria:

- Mantener la lactancia materna a libre demanda y complementar con alimentos variados y nutritivos.
- Estimular la masticación a partir del sexto mes de vida o tan pronto como el niño muestre interés, ofrecer diferentes alimentos y texturas para estimular el desarrollo de la cavidad oral.
- El inicio de la AC nunca debe ser de manera estricta y específica, se puede iniciar indistintamente con cualquier alimento que sea más cómodo para los cuidadores.
- El método BLW tiene beneficios en la convivencia con la familia, los bebés experimentan nuevos sabores y texturas, mejora la masticación frente a la succión favoreciendo a la maduración y la motricidad del infante a comparación de los otros métodos.
- No iniciar la AC antes de las 17 semanas ni después de las 26 semanas, la edad más recomendada para iniciar la AC en niños a término es a las 24 semanas (6 meses de edad) y en prematuros se debe iniciar la AC a los 6 meses de edad corregida.
- El momento de la alimentación debe ser realizada en un lugar tranquilo, seguro y sin distracciones para crear experiencias agradables en el infante a la hora de comer.
- La AC debe ser guiada por un profesional, de forma individualizada y adaptada a cada familia.

- Se recomienda que los médicos pediatras, tengan actualizaciones constantemente sobre la AC, por ser el personal de salud primario que se encuentra a cargo del cuidado y la atención integral de los infantes.
- Ofrecer educación nutricional a pediatras sobre la AC, para evitar confusión en padres o cuidadores.
- Está investigación es una contribución para los estudiantes de la Universidad Iberoamericana del Ecuador, con la cual, se puede desarrollar futuras guías sobre AC desde los 12 meses hasta los 2 años de edad.
- Aplicar presencialmente el instrumento que se vaya a emplear en futuras investigaciones para obtener mayor respuesta de la población de interés.
- Planificar el tiempo para la investigación de ensayos y artículos científicos actualizados.
- En el caso de realizar futuras investigaciones sobre alimentación complementaria, aplicar las técnicas e instrumentos necesarios en médicos pediatras para valorar nuevas actualizaciones del tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzate, M., Arango, C., Castaño, C., Muñoz, J., Ocampo, G., Rengifo, N., Tovar, S., & Chávez, S. (2011). Lactancia materna como factor protector para enfermedades prevalentes en niños hasta de 5 años de edad en algunas instituciones educativas de Colombia 2009 . *Rev Colomb Obstet Ginecol*, 57–63.
- Arana, C., Rodríguez, M., García, C., Juanes de Toledo, B., Rubio, V., Bueno, A., Lorente, A., Padilla, M., Chércoles, E., Pérez, N., Martín, B., Arcos, G., Águila, B., Soria, C., Díaz, M., Muñoz, I., Escribano, B., & Benítez, E. (2019). Página 1 de 44. *Guías Conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria-Especializada*. <https://www.ampap.es/wp-content/uploads/2019/04/Alimentacion-del-lactante-y-del-niño-de-corta-edad.pdf>
- Arce, J. (2011, September 13). *Una mirada histórica de la nutrición*. CONGRESO ARGENTINO DEL CENTENARIO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2011/centenario_sh/arce_cambios.pdf
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación*.
- Arias, J., Villasís, M., & Novales, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*. www.nietoeditores.com.mx
- Brunner, O., Fuentes, M., Pezonaga, B., & López, A. (2019). Texturas evolutivas en la introducción de nuevos alimentos: un acercamiento teórico. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 104–122. <https://scielo.isciii.es/pdf/renhyd/v23n2/2174-5145-renhyd-23-02-104.pdf>
- Capra, F. (1996). La trama de la vida: una nueva perspectiva de los sistemas vivos. *Scielo*.
- Castillo, B., Gómez, J., Quintero, L., & Mejía, A. (2021). *Como investigar en la UNIB.E*. www.unibe.edu.ec
- Castro, K. (2016). *Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años*.
- COMISIÓN TÉCNICA DE CONSUMO, N. Y., & ALIMENTARIA, S. (2013). LEY ORGÁNICA DE CONSUMO, NUTRICIÓN Y SALUD ALIMENTARIA.

Conferencia Plurinacional e Intercultural de Soberanía Alimentaria, 15–22.

Cuadros, C; Vichido, M; Montijo, E; Zarate, F; Cadena, J; Cervantes, R; Toro, E; Ramirez, J. (2017). Actualidades en alimentación complementaria. *Scielo*, 38.

Cuadros, M., Vichido, L., Montijo, B., Zarate, M., Cádena, L., Cervantes, B., Toro, M., & Ramirez, M. (2017). Actualidades en alimentación complementaria. *Acta Pediatr Mex*, 38(3), 182–201. <https://doi.org/10.18233/APM38No3pp182-2011390>

Cueva, A., & Vergara, J. (2019). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación complementaria de los/as cuidadores/as de pacientes atendidos en consulta externa del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca, 2018.* [UNIVERSIDAD DE CUENCA].
[http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32621/1/proyecto de investigación.pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32621/1/proyecto_de_investigacion.pdf)

D’Auria, E., Bergamini, M., Staiano, A., Banderali, G., Pendezza, E., Penagini, F., Zuccotti, G. V., & Peroni, D. G. (2018). Destete dirigido por bebés: lo que agrega una revisión sistemática de la literatura. *Italian Journal of Pediatrics*, 44(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S13052-018-0487-8/TABLES/6>

Dalmau, S., & Moreno, V. (2017). *Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria*. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/03/Pediatrica-Integral-XXI-1_WEB.pdf#page=54

DELSOL. (2020). *Cómo hacer un análisis de resultados*.

En Familia. (2019). *Prematuros: edad corregida* . <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/prematuros-edad-corregida>

ENSANUT. (2014). *Ministerio de Salud Pública*. Tomo 1.

Escobar, B. (2014). *RELACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL DEL IESS DE LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO– SEPTIEMBRE DEL 2013* [Pontificia Universidad Católica del Ecuador].

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7510/8.29.001725.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Espinoza, E. (2016). *Métodos y Técnicas de recolección de la información*.
<http://www.bvs.hn/Honduras/Embarazo/Metodos.e.Instrumentos.de.Recoleccion.pdf>

FINUT. (2020). *Recomendaciones sobre la introducción de la alimentación complementaria entre los pediatras: resultados de una encuesta*.
<https://www.finut.org/recomendaciones-sobre-la-introduccion-de-la-alimentacion-complementaria-entre-los-pediatras-resultados-de-una-encuesta/>

Flores, M. (2004). IMPLICACIONES DE LOS PARADIGMAS DE INVESTIGACIÓN EN LA PRÁCTICA EDUCATIVA. *Revista Digital Universitaria*, 2–9.

Franco, Y. (2011). Tesis de Investigación. Marco Metodológico. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria KOINONIA*, IV.

García de la cruz, P., González, M., Jiménez, N., Olivares, C., Ramírez, P., Sandoval, Z., Pedroza, K., & Cervantes, J. (2020). Diferencia entre la alimentación complementaria clásica y el baby-led weaning en niños de 4 a 12 meses de edad. *LUX MÉDICA*, 45.
<https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/article/view/2873/2471>

García, T. (2003). *El Cuestionario como instrumento de investigación/evaluación*.
http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf

Gobierno de la Republica del Ecuador. (2018). *Guías Alimentarias Ecuador*.
http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/GABAS_Guias_Alimentarias_Ecuador_2018.pdf

Gómez, M. (2018). Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria. *Asociación Española de Pediatría*.
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf

Gupta, S., Agarwal, R., Aggarwal, K., Chellani, H., Duggal, A., Arya, S., Bhatia, S., Sankar, M., Sreenivas, V., Jain, V., Gupta, A., Deorari, A., & Vinod, P. (2019). *Alimentación complementaria a los 4 versus 6 meses de edad para niños*

prematuros nacidos con menos de 34 semanas de gestación: un trabajo randomizado, ensayo abierto, multicéntrico.

https://siben.net/images/htmleditor/files/10._alimentación_complementaria.pdf

Healthy Children. (2019, March 25). *¿Cuándo puedo empezar a darle mantequilla de maní a mi bebé?* - *HealthyChildren.org*.

<https://www.healthychildren.org/Spanish/tips-tools/ask-the-pediatrician/Paginas/when-can-i-start-giving-my-baby-peanut-butter.aspx>

HealthyChildren. (2018). *Edad corregida para bebés prematuros*.

<https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/preemie/Paginas/Corrected-Age-For-Preemies.aspx>

Hernandez, I., & Cruz, G. (2014). Las guías didácticas: recursos necesarios para el aprendizaje autónomo. *Scielo. Revista Cubana de Pediatría.*, 6.

Iñiguez, J. (2017). *Manejo de Alimentación Complementaria en los lactantes que asisten a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe en el periodo Diciembre 2015-Septiembre 2016* [UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA].

[https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19477/1/Tesis Manejo de Alimentación Complementaria- Jonathan Leonardo Iñiguez León.pdf](https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19477/1/Tesis%20Manejo%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20Complementaria-%20Jonathan%20Leonardo%20I%C3%B1iguez%20Le%C3%B3n.pdf)

Jurado, A. (2020). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación del lactante de pediatras del eje metropolitano de Mérida* [Universidad de los Andes].

[http://bdigital2.ula.ve:8080/xmlui/bitstream/handle/654321/7091/JURADO_AND REA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bdigital2.ula.ve:8080/xmlui/bitstream/handle/654321/7091/JURADO_AND_REA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 449 Registro Oficial 25 (2008). www.lexis.com.ec

Lois, S. (2018). *OBESIDAD INFANTIL Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE LACTANCIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA* [Universidad de Valladolid].

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30503/TFG-H1245.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

López, L. (2004). Población muestra y muestreo. *Scielo*.

Mahan, K., & Raymond, J. (2017). *Krause. Dietoterapia* (ELSEVIER (ed.); 14th ed.).

- Martínez, A., Cantarero, D., & Espín, B. (2018). ¿Cómo orientan los pediatras de Atención Primaria la alimentación complementaria? *Revista Pediatría Atención Primaria*, 20, 35–44. www.pap.es
- Martínez, A., & Giner, C. (2016). *CONCEPTOS BÁSICOS EN ALIMENTACIÓN (NUTRICIA)*. <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017-06/conceptos-alimentacion.pdf>
- Méndez, H. (2015). *Instrumentos de Recolección de Datos: Definición de instrumento de recolección de datos*. <http://instrumentosderecolecciondedatosidm.blogspot.com/2015/07/definicion-de-instrumento-de.html>
- Millán, M. E. (2022). *Impacto del BabyLed Weaning en el desarrollo de las habilidades motoras y orales del lactante* [Universidad de Cantabria]. https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/25068/2022_MillánME.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/08/PIANE-2018-2025-final-compressed-.pdf>
- Moreno, E. (2016). *NIVELES DE INVESTIGACIÓN*. <https://tesis-investigacion-cientifica.blogspot.com/2016/12/niveles-de-investigacion-cientifica.html>
- Navarro, M., & Borque, E. (2019). Doctor@, necesito una masterclass para alimentar a mi bebé. *Boletín de La Sociedad de Pediatría de Aragón*, 73–78.
- Noguera, D., Marquez, J., Campos, I., & Santiago, R. (2013). Alimentación complementaria en niños sanos de 6 a 24 meses. *Scielo*, 76.
- Ocampo, I. (2020). *IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: REVISIÓN DOCUMENTAL DANIELA RENDÓN RENDÓN* [Universidad Católica de Oriente]. <https://repositorio.uco.edu.co/bitstream/handle/123456789/645/TRABAJO DE GRADO ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA REVISIÓN DOCUMENTAL.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- OMS. (2013). Alimentación complementaria. *WHO*.

- OMS. (2021). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Palacios, A. (2005). *Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición*.
- Palacios, L., Ros, G., Barrientos, E., Jirón, E., & Saseta, C. (2017). *Nutrición Hospitalaria Trabajo Original Pediatría Correspondencia*.
<https://doi.org/10.20960/nh.1161>
- Pérez, I., Campos, A., & Guevara, Y. (2021, January 7). *Características de la alimentación complementaria para niños hasta 23 meses. Requerimientos nutricionales*.
<https://www.revcitecal.iiia.edu.cu/revista/index.php/RCTA/article/view/226/196>
- Piscoya, L. (2017). Investigación científica y educacional. *Amura*, 76.
- QuestionPro. (2020). *¿Cómo analizar los datos de investigación?*
<https://www.questionpro.com/blog/es/analizar-los-datos-de-una-investigacion/>
- Revista Electrónica de Portales Médicos. (2018). Alimentación complementaria: El método Baby Led Weaning. *Revista Electrónica de Portales Médicos*.
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/alimentacion-complementaria-el-metodo-baby-led-weaning/>
- Reyes, G. (2016). *INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA* [Universidad Francisco de Vitoria].
<http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1228/SergioReyes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rivera, P. (2003). *MARCO TEÓRICO, ELEMENTO FUNDAMENTAL EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA*.
<https://bivir.uacj.mx/reserva/documentos/rva200334.pdf>
- Rodríguez, Á., Arredondo, J., García, S., González, J., & López, C. (2012). Consumo de agua en Pediatría. *Perinatología y Reproducción Humada*, 27.
<http://www.medigraphic.com/inper>
- Rojas, I. (2011). *ELEMENTOS PARA EL DISEÑO DE TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN: UNA PROPUESTA DE DEFINICIONES Y*

PROCEDIMIENTOS EN LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA. *Redalyc*, 12, 277–297.

San Mauro, I., Garicano, E., Porro, G., & Camina, M. (2021). Conocimientos y actitudes frente al baby-led-weaning en profesionales de la salud y padres: un estudio transversal. *Elsevier*, 32, 9.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.04.005>

SENPLADES. (2017). *Evaluación al Programa Acción Nutrición*.

Significados. (2022). *Significado de Cuestionario (Qué es, Concepto y Definición) - Significados*. <https://www.significados.com/cuestionario/>

Solid Starts. (2021). *Métodos para comenzar la alimentación complementaria*.

Trujillo, M. (2015). *Alimentación complementaria y programas de alimentación dirigidos a niños entre 6 a 24 meses de edad en Ecuador [UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO]*.
<https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4958/1/122701.pdf>

Tuñoque, C. (2007). *Alimentación Complementaria: Las primeras comidas del niño*.
<http://repebis.upch.edu.pe/articulos/renut/v1n1/a1.pdf>

Villela, H. (2010). *Diagnóstico de Comunicación Educativa*. 59–61.

Wigodski, J. (2020). *Metodología de la Investigación: Población y muestra*.
Metodología de La Investigación.
<http://metodologiaeninvestigacion.blogspot.com/2010/07/poblacion-y-muestra.html>

Yibby, F., Acevedo, J., Hernández, J., & Morales, G. (2018). La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes . *Revista Chilena de Pediatría*, 5, 612–620.
<https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/697/803>

Zubero, E., Sahún, A., Domingo, J., Insa, S., Lubián, M., Pérez, P., Javierre, M., & García, N. (2018). Adherencia a las recomendaciones de introducción de la alimentación complementaria en un área de salud urbana multicultural. *Pediatría Atención Primaria*, 20, 341–352. www.pap.es

ANEXOS

Anexo 1

- Cuestionario de Google form:

<https://docs.google.com/forms/d/1gxQReaGFN52xQo7JEHXnrWDF7giiOvniE0Bgnk1Z7pA/edit>

Anexo 2

- Cuestionario realizado por Martínez, Ana., Cantarero, Dolores & Espín, Beatriz (Martínez et al., 2018).

Tabla 1. Encuesta		
1	Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
2	Tipo de centro en el que trabajas	<input type="checkbox"/> Centro de salud público <input type="checkbox"/> Centro privado <input type="checkbox"/> Ambos
3	Titulación	<input type="checkbox"/> Pediatra vía MIR <input type="checkbox"/> Pediatra con formación distinta de la vía MIR <input type="checkbox"/> Otra titulación (médico de familia en funciones de pediatra, puericultor...)
4	Años de experiencia tras haber completado la formación	<input type="checkbox"/> <10 años <input type="checkbox"/> Entre 11 y 20 años <input type="checkbox"/> Entre 21 y 30 años <input type="checkbox"/> >30 años
5	Comunidad autónoma en la que trabajas	
6	En tu lugar de trabajo, ¿quién informa sobre la AC?	<input type="checkbox"/> Tú mismo/a <input type="checkbox"/> Enfermero/a <input type="checkbox"/> Ambos
7	¿A partir de qué edad recomiendas la alimentación complementaria?	<input type="checkbox"/> 4 meses <input type="checkbox"/> 5 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> Más de 6 meses
8	¿Eres flexible para adelantar la AC en relación con alguna variable del niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9	Si la respuesta a la pregunta 8 fue sí, indica cuál o cuáles.	<input type="checkbox"/> Exagerado aumento ponderal <input type="checkbox"/> Escaso aumento ponderal <input type="checkbox"/> El niño demanda muchas veces por la noche <input type="checkbox"/> La madre tiene experiencia con otros hijos <input type="checkbox"/> El niño muestra interés antes de la edad <input type="checkbox"/> El niño se ha aburrido de tomar solo leche <input type="checkbox"/> La madre se incorpora al trabajo <input type="checkbox"/> Otro
10	¿Eres flexible para retrasar la AC en relación con alguna variable del niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11	Si la respuesta a la pregunta 10 fue sí, indica cuál o cuáles.	<input type="checkbox"/> Prematuridad <input type="checkbox"/> Retraso motor <input type="checkbox"/> Ganancia excesiva de peso <input type="checkbox"/> Rechaza probar la comida <input type="checkbox"/> Experiencia de la madre con otros hijos <input type="checkbox"/> El niño no demuestra interés por la comida <input type="checkbox"/> Otra
12	¿Sigues el mismo patrón con los niños amamantados que con los que toman solo fórmula?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13	Si la respuesta a la pregunta 12 fue no, explica por qué	
14	¿Utilizas una hoja de consejos sobre alimentación complementaria escrita?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15	Si la respuesta a la pregunta 14 fue sí, indica su procedencia	<input type="checkbox"/> Elaboración propia <input type="checkbox"/> Hoja del centro o área de salud, en cuya elaboración no he participado <input type="checkbox"/> Hoja del centro o área de salud, en cuya elaboración yo sí colaboré <input type="checkbox"/> De una web para padres <input type="checkbox"/> Guía de salud de una asociación científica o comunidad autónoma
16	¿Con qué grupo de alimentos recomiendas iniciar la alimentación complementaria?	<input type="checkbox"/> Cereales <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Verduras <input type="checkbox"/> Indistintamente
17	¿Con qué modalidad aconsejas iniciar la alimentación complementaria?	<input type="checkbox"/> Cuchara <input type="checkbox"/> Biberón <input type="checkbox"/> No lo específico
18	¿A qué edad aconsejas estimular la masticación?	<input type="checkbox"/> A partir de los 8-9 meses <input type="checkbox"/> A partir de los 12 meses <input type="checkbox"/> Tan pronto como el niño muestra interés <input type="checkbox"/> Cuando el niño tiene algún diente <input type="checkbox"/> Cuando el niño tiene algún molar
19	¿Conoces el modelo <i>baby-led-weaning</i> (BLW) para la introducción de la alimentación complementaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
20	Si lo conoces, ¿cuál ha sido tu fuente de información?	<input type="checkbox"/> Las propias madres o familiares del niño <input type="checkbox"/> Un curso o una ponencia en un congreso profesional <input type="checkbox"/> Una página web <input type="checkbox"/> Un compañero de mi centro <input type="checkbox"/> Otra fuente
21	¿Conoces sus beneficios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
22	¿Lo recomiendas?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Siempre

Figura 34. ¿Cómo orientan los pediatras de Atención Primaria la alimentación complementaria?

Nota: Tomada de: (Martínez et al., 2018).

Tabla 1. Encuesta (Cont.)		
23	Si no lo recomiendas, indica por qué	<input type="checkbox"/> Temor a que el niño se atragante <input type="checkbox"/> Escaso aporte energético <input type="checkbox"/> Riesgo de ferropenia/anemia <input type="checkbox"/> Escasa evidencia científica <input type="checkbox"/> Riesgo que la dieta de la familia sea poco saludable <input type="checkbox"/> No tengo suficiente información
24	¿Tienes actualmente familias que sigan este método?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
25	Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: "el BLW facilita la transición a la alimentación familiar"	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé/no tengo experiencia
26	Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: "el BLW genera menos preocupación o ansiedad a las madres"	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé/no tengo experiencia
27	Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: "el BLW facilita que el bebé se adapte a sabores y consistencias"	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé/no tengo experiencia
28	Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: "el BLW ayuda a que las madres no se sobreimpliquen en la alimentación"	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé/no tengo experiencia
29	Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: "el BLW potencia la masticación frente a la succión"	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé/no tengo experiencia
30	Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: "el BLW favorece el desarrollo de habilidades motrices finas"	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé/no tengo experiencia
31	Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: "el BLW puede prevenir la obesidad"	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé/no tengo experiencia
32	Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: "el BLW puede prevenir los conflictos relacionados con la comida"	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé/no tengo experiencia
33	Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: "posiblemente con el BLW los bebés no van a ganar suficiente peso"	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé/no tengo experiencia
34	Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la siguiente afirmación: "el BLW puede conducir a carencias de algunos nutrientes"	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé/no tengo experiencia
35	Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la afirmación: "el BLW puede favorecer el desarrollo madurativo del bebé"	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé/no tengo experiencia
36	Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo sobre la afirmación: "el BLW es muy cómodo pues no hay que hacer comidas especiales"	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Parcialmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Parcialmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé/no tengo experiencia

Figura 35. (cont.)

Anexo 3

GUÍA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 12 MESES.



Figura 36. Guía Alimentaria

ÍNDICE	
Glosario	1
Datos Informativos	2
Calendario de introducción alimentaria	3
Para qué se realiza la guía de alimentación complementaria?	4
¿Qué es alimentación complementaria?	4
Estimulación de la masticación	5
¿A qué edad se recomienda iniciar la alimentación complementaria?	5
Ejemplo	6
Hitos	7
Características de los grupos de alimentos	8
Calendario de introducción de alimentos	9
Alimentos que se debe de retrasar su consumo	10
Alimentos que pueden causar posibles alergias	11
Alimentos ricos en vitaminas y minerales	12
Menú sustituible para iniciar con la Alimentación complementaria	13
Complicaciones al iniciar la alimentación complementaria	17
Introducción temprana de la alimentación complementaria	18
Introducción tardía de la alimentación complementaria	18
Métodos para iniciar la alimentación complementaria	19
Método tradicional o de cuchara	19
Método mixto	19
Método BLW	20
Características del BLW	21
Método BUSS	22
Recomendaciones Generales	22
Bibliografía	23

Figura 37. (cont.)

Glosario

- AC:** Alimentación complementaria.
- BLW:** Baby led weaning o Alimentación autoguiada por el bebé.
- BLISS:** Baby led introduction to Solid o introducción de alimentos sólidos guiado por el bebé.
- DHA:** Ácido docosahexaenoico.
- EC:** Edad corregida.
- EDA:** Enfermedades diarreicas agudas.
- Edad corregida:** Es la edad que tendría el bebé si hubiera nacido a las 40 semanas de gestación, es importante usar la edad corregida en prematuros para poder valorar la evolución del desarrollo neurológico y físico del infante.
- Edad cronológica o postnatal:** Es la edad que tiene el bebé después del nacimiento, se lo representa en días, semanas o meses.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- Pretérmino o prematuro:** Se considera pretérmino, cuando el bebé nace vivo antes de la semana 37.
- Término:** Se lo considera a término, cuando el bebé nace vivo entre la semana 37 a la semana 42.

En el caso que el bebé sea pretérmino se debe de calcular la edad corregida.

Figura 38. (cont.)

▶ Datos Informativos ◀



Mi nombre es _____

Nací el _____ Y tengo _____ meses

Tengo alergias a _____

Observaciones importantes

Figura 39. (cont.)



Figura 40. (cont.)

¿Para que se realiza la guía de alimentación complementaria?

La guía de AC para niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, se realizó con el objetivo de brindar información estandarizada de manera sencilla y entendible tanto para los médicos pediatras del Centro Médico Meditrópoli como para los padres o cuidadores. La misma será entregada con el fin de mejorar las recomendaciones y orientaciones sobre como iniciar la AC.

La guía es una herramienta que integra todos los conocimientos científicos investigados, para que la información tenga un gran impacto en los médicos pediatras y padres o cuidadores. Esta recopilación de datos explica cómo cubrir las necesidades energéticas y nutricionales, incentivando hábitos alimentarios saludables y promoviendo un estilo de vida adecuado desde la primera infancia.

¿Qué es alimentación complementaria?

La AC se la define según la OMS (2017) como la introducción de cualquier alimento o bebida diferente a la leche materna o fórmula infantil, a partir del sexto mes de vida como complemento y no como sustituto de la misma, con el objetivo de cubrir los requerimientos calóricos diarios del bebé.

Figura 41. (cont.)

Estimulación de la masticación

Estimular la masticación en los primeros años de vida tiene beneficios en los procesos de saciedad, absorción de nutrientes y en el desarrollo de la cavidad oral.

La masticación del infante se recomienda estimular desde los 6 meses de edad o a su vez, desde que el infante muestre interés por los alimentos, con diferentes texturas para influir en la capacidad de masticación.

¿Sabías que?

- La función motora de la boca inicia a los 6 meses de edad.
- La función masticatoria de las encías inicia entre los 4 y 6 meses de edad.
- Entre los 6 y 10 meses de edad erupcionan los primeros dientes.
- A los 6 meses se empieza a desarrollar la musculatura proximal ayudando a la motricidad de la lengua y los labios, para poder iniciar con la introducción y manipulación de alimentos.

¿A qué edad se recomienda iniciar la alimentación complementaria?

El inicio de la AC es una etapa de gran vulnerabilidad para el infante, lo que significa que debe ser suficiente, variada y cubrir las necesidades del bebé. Según varias bibliografías sugieren que no se debe iniciar la AC antes de la semana 17 ni después de la semana 26, sin embargo, la OMS (2021), recomienda que la edad óptima para iniciar la AC sea a los 6 meses de edad.

Un factor importante que se debe de tener en cuenta para iniciar la AC, es conocer si el infante es pretérmino o término, ya que, de ello dependerá en qué momento se puede iniciar la alimentación con el fin de evitar riesgos a futuro.

Figura 42. (cont.)

A continuación, se enseña un **EJEMPLO** para conocer cómo calcular la edad corregida de un bebé prematuro:

EJEMPLO

Un bebé nació en la semana 30 (7 meses 2 semanas), por lo que, es considerado un bebé pretérmino y desde su nacimiento tiene una edad cronológica de 5 meses.

Calculemos ¿Cuál es la edad corregida del bebé?

- **Semanas de gestación al nacimiento:** 30 semanas (pretérmino)
- **Edad cronológica:** 18 semanas (5 meses / desde su nacimiento)

Para obtener la edad prematura usaremos la siguiente fórmula:

Fórmula	40 semanas (# hijo) - (Edad Gestacional al Nacimiento)
40 semanas (fecha prevista del parto) - la edad gestacional del nacimiento.	

- **Fórmula de prematuridad:** (40 semanas - 30 semanas) = 10 semanas de prematuridad.

Quiere decir que el bebé tiene 2 meses con 2 semanas de prematuridad.

Por lo tanto, usaremos la siguiente fórmula:

- **Edad corregida:** Edad cronológica (semanas) - prematuridad (semanas)

18 semanas (edad cronológica)	- 10 semanas (prematurnidad)	= 8 semanas (2 meses)
-------------------------------	------------------------------	-----------------------

La AC en este caso se debe de introducir a los 6 meses de edad corregida o a su vez, a los 8 meses de edad cronológica. Es importante calcular la IC hasta los 2 años de edad, ya que, su desarrollo y madurez puede tardar un poco a comparación de un bebé que tiene 5 meses y nació a término.



Figura 43. (cont.)

Para iniciar la AC el bebé debe cumplir con varios **HITOS** que demuestran si está listo para iniciar con la introducción de nuevos alimentos, los cuáles se detallan a continuación:

- ✓ **Desaparece el reflejo de extrusión.**
- ✓ **Muestra interés por los alimentos que consume la familia.**
- ✓ **Es capaz de sostener la cabeza, el tronco y sus extremidades.**
- ✓ **Puede agarrar la comida con la mano y llevárselo a la boca.**
- ✓ **Se mantiene sentado sin ayuda y presenta interés por los alimentos.**
- ✓ **Tiene un control muscular de los labios para cerrar la boca.**
- ✓ **Muestra hambre y saciedad, como: abrir la boca cuando le ofrecen comida o cerrar la boca porque ya no desea comer.**



Figura 44. (cont.)

Características de los grupos de alimentos

Alimentos	Función	Nutrientes	Ejemplos	Recomendación
Cereales y tubérculos 	Son fuente principal de energía.	Contienen fibra, almidón, ácidos grasos esenciales, vitaminas y minerales.	Avena, cebada, quinoa, arroz, papa, yuca, verde, camote, etc.	Nunca ofrecer cereales crudos, de preferencia remojarlos por 12 horas, eliminar el agua y hervir nuevamente para la preparación.
Verduras y frutas 	Ayudan al crecimiento, desarrollo y correcto funcionamiento del organismo.	Aportan gran cantidad de agua, vitaminas, minerales y fibra.	Tomate riñón, zanahoria, brócoli, plátano, naranja, papaya, etc.	Lavar adecuadamente y hervir las frutas de consistencia dura hasta obtener una consistencia blanda (manzana, pera). Las verduras desinfectar y no hervir por muchos minutos para evitar pérdida de nutrientes.
Lácteos 	Contribuyen al crecimiento y desarrollo óptimo del infante.	Contiene azúcares simples, aminoácidos esenciales, grasas saludables, potasio, calcio y sodio, fuente importante de vitamina B12.	Leche materna, queso fresco sin sal y yogur natural.	No ofrecer lácteos con alto contenido de sal, azúcar o aditivos.
Proteínas 	Crean y reparan tejidos, músculos y huesos, ayudan al crecimiento y desarrollo en el primer año de vida.	Aportan aminoácidos esenciales, hierro, zinc y vitaminas del complejo B.	Carnes blancas, carnes rojas, huevo, pescado y mariscos.	Nunca ofrecerlas crudas, deben estar bien cocidas y evitar carnes con exceso de grasa, no exceder su consumo.
Legumbres 	Ayudan al desarrollo del metabolismo y neuromuscular.	Ricas en carbohidratos (fibra), proteínas, vitaminas y minerales como el hierro, calcio, fósforo, zinc, magnesio, yodo y potasio.	Lenteja, frejol, garbanzo, habas, soya, etc.	Remojar por 12 horas por su alto contenido de antinutrientes, eliminar el agua y hervir nuevamente para la preparación. Presentar siempre aplastadas o en mezcla de receta.
Grasas 	Ayudan al desarrollo neurológico, cognitivo, visual y a la absorción de vitaminas.	Ácidos grasos esenciales (omega 3 y 6), grasas saturadas.	Aceite de oliva, aceite de girasol, aguacate, mantequilla.	Ofrecer unido con preparaciones.

Figura 45. (cont.)

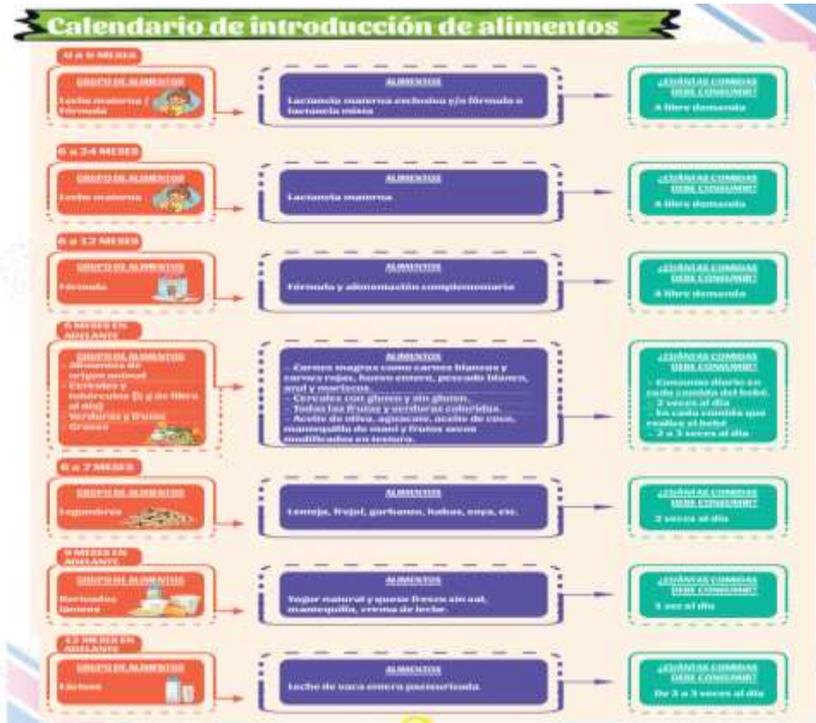


Figura 46. (cont.)

Alimentos que se debe de retrasar su consumo

Meses	Alimentos	Recomendaciones
Después de los 24 meses	Alimentos que causan atragantamiento 	Los alimentos que pueden ocasionar riesgo de atragantamiento son: frutos secos enteros, uvas enteras, salchichas, caramelos, chocolates, trozos grandes de carne, frutas enteras, chicles y gomitas.
Después de los 12 meses	Hojas verdes 	Evitar el consumo de hoja verdes como acelgas, borrajas y espinacas, por su alto contenido de nitratos, ya que su consumo puede causar metahemoglobinemia.
Después de los 12 meses.	Embutidos 	Tienen alto contenido de sodio, grasas saturadas y nitratos, retrasar el mayor tiempo posible.
Después de los 24 meses.	Miel de abeja 	Contiene esporas de Clostridium Botulinum, causando botulismo en el infante.
Después de los 3 años.	Azúcar y edulcorantes 	Se debe evitar los jugos naturales y procesados ya que pueden provocar aumento de peso y puede cambiar el sabor a nuevos alimentos.
Después de los 12 meses.	Alimentos condimentados 	No añadir sal a las comidas, ni sazonar las preparaciones.

Figura 47. (cont.)

Alimentos que pueden causar posibles alergias

Introducción	Alimentos posiblemente alergénicos
Desde los 6 meses	<p>Estos alimentos podrían causar alergias en una introducción muy temprana o muy tardía a la AC:</p> <p>Frutas cítricas: kiwi, piña, sandía, naranja, mandarina, durazno.</p> <p>Frutos rojos: fresa, frambuesa, arándano, moras.</p> <p>Frutos secos: almendras, avellana, semilla de girasol, maní y nuez.</p> <p>Cereales: trigo, cebada y avena.</p> <p>Leguminosas: Frijol, lenteja, garbanzo y alubia.</p> <p>Pescados y Mariscos: pescado blanco, camarón y otras especies.</p> <p>Lácteos y derivados: yogurt, queso, mantequilla y leche.</p> <p>Alimentos procesados: bebidas y alimentos con colorantes o aditivos.</p>

Figura 48. (cont.)

Alimentos ricos en vitaminas y minerales

Meses	Micronutriente	Alimento	Preparación de alimentos
6 meses en adelante	Hierro	Huevo, pollo, y pavo.	Huevo: debe ser totalmente cocinado y entero.
	Selenio	Huevo, pollo, pan casero y mariscos.	Pollo y pavo: corte magro, totalmente cocinado y sin condimentos.
	Calcio	Leche materna, mantequilla de almendra, queso y yogurt.	Pescado: totalmente cocinado y sin condimentos, evitar dar pescados grandes, ya que tienen gran contenido de mercurio.
	Vitaminas y DHA	Aguacate	Avena: ofrecer totalmente cocinada
	Zinc	Carnes rojas, pollo y pavo.	Avena: Remojar mínimo 8 horas y cocinar totalmente e introducirlo con leche materna.
	Vitamina A	Huevo, camote amarillo, mango y zanahoria.	Carnes rojas: corte magro, totalmente cocinado y sin condimentos.

Figura 49. (cont.)

Menú sustituible para iniciar con la alimentación complementaria

Semana 1

Día 1: Huevo
 Día 2: Huevo - avena
 Día 3: Huevo - avena - zanahoria
 Día 4: Huevo - avena - zanahoria - aguacate
 Día 5: Huevo - avena - zanahoria - aguacate - plátano
 Día 6 y 7: Alimento a libre elección de los alimentos que ya se ofreció en los días anteriores

Preparación



Pancake de zanahoria y avena

Ingredientes	Preparación semana 1
Avena molida	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar en un bowl 80 g de avena, 50 g de zanahoria rayada y 1 huevo entero. - Mezclar todos los ingredientes hasta que se encuentren integrados entre sí. - Colocar en un sartén una cda. de aceite y verter la mezcla hasta que tengan una cocción completa por ambos lados.
Zanahoria rayada	
Huevo entero	
Aceite de oliva o aceite de coco	

Figura 50. (cont.)

Menú sustituible para iniciar con la alimentación complementaria

Semana 2

Día 1: carne molida
 Día 2: carne molida - camote
 Día 3: carne molida - camote - tomate riñón
 Día 4: carne molida - camote - tomate riñón - aceite de oliva
 Día 5: carne molida - camote - tomate riñón - aceite de oliva - kiwi
 Día 6 y 7: Alimento a libre elección de los alimentos que ya se ofreció en los días anteriores

Preparación



Camote con carne molida

Ingredientes	Preparación semana 2
Camote	<ul style="list-style-type: none"> - Cocinar el camote hasta que tenga una consistencia blanda, se lo puede ofrecer en forma de palitos o en pure. - Cortar el tomate en trozos cuadrados y pequeños. - Colocar en un sartén 1 cda. de aceite y dorar la carne molida sin condimentos. - Luego añadir los trozos de tomates en los últimos 3 minutos y mezclar. - Servir en un plato cada alimento.
Carne molida	
Tomate riñón	
Aceite de oliva	
Kiwi	
Fruta:	<ul style="list-style-type: none"> - El kiwi ofrecer como postre, sin piel y cortado en trozos pequeños del tamaño de dos dedos de ancho y largo de un adulto.

Figura 51. (cont.)

Menú sustituible para iniciar con la alimentación complementaria

Semana 3

Día 1: Arroz
 Día 2: Arroz - pollo
 Día 3: Arroz - pollo - brócoli
 Día 4: Arroz - pollo - brócoli - lenteja
 Día 5: Arroz - pollo - brócoli - lenteja - manzana
 Día 6 y 7: Alimento a libre elección de los alimentos que ya se ofreció en los días anteriores

Preparación




Bolitas de arroz con lenteja

Ingredientes	Preparación semana 3
Pollo	Bolitas de arroz: <ul style="list-style-type: none"> - Cocinar el arroz hasta que este blando. - Lavar y desinfectar el brócoli, picar finamente en trozos pequeños. - Cocinar el pollo y picar finamente. - Colocar en un bowl todos los ingredientes, mezclar, agregar 1 cda de aceite y realizar bolitas de la mezcla con las manos. - Hornear las bolitas durante 10 minutos y dar la vuelta cada 5 minutos. Lenteja: <ul style="list-style-type: none"> - Después de haber dejado en remojo, cocinar la lenteja y ofrecer como menestra. Fruta: <ul style="list-style-type: none"> - Cortar la manzana en forma de palitos y cocinar hasta que tengan una consistencia blanda.
Arroz	
Lenteja	
Manzana	

Figura 52. (cont.)

Menú sustituible para iniciar con la alimentación complementaria

Semana 4

Día 1: Verde
 Día 2: Verde - pescado
 Día 3: Verde - pescado - pimiento
 Día 4: Verde - pescado - pimiento - garbanzo
 Día 5: Verde - pescado - pimiento - garbanzo - pera
 Día 6 y 7: Alimento a libre elección de los alimentos que ya se ofreció en los días anteriores

Preparación





Tortilla de verde con pescado y hummus

Ingredientes	Preparación semana 4
Verde	<ul style="list-style-type: none"> - Cocinar un filete pequeño de pescado a la plancha con 1 cda de aceite. - Lavar y cortar el pimiento en trozos pequeños. - Cocinar el verde hasta que este suave, aplastar y mezclar con el pimiento. - Formar tortillas pequeñas con las manos y servir. Hummus de garbanzo: <ul style="list-style-type: none"> - Cocinar el garbanzo hasta obtener una textura blanda. - Licuar con limón y una cda. de limón hasta obtener una pasta homogénea. Fruta: <ul style="list-style-type: none"> - Cortar la pera y cocinar con 2 cdas. de agua por 10 minutos, y aplastar hasta obtener una compota.
Pescado	
Pimiento	
Garbanzo	
Pera	

Figura 53. (cont.)

Complicaciones al iniciar la alimentación complementaria

Cuadro comparativo	
Introducción temprano < 4 meses	Introducción tardía > 6 meses
<ul style="list-style-type: none"> • Daño en los riñones por exceso de líquidos. • La maduración inmune no está garantizada. • Riesgo de alergias a ciertos alimentos. • Desequilibrio de órganos y tejidos. • Enfermedad celíaca (por el consumo temprano de gluten). • Obesidad o sobrepeso (por consumo de alimentos altos en kcal). 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades del sistema inmunológico. • Alteración en el momento de ingerir alimentos. • Desnutrición. • Deficiencia de nutrientes. • Alergias alimentarias.

Nota: Adaptado de: (Cuadros et al., 2017).

Figura 54. (cont.)

Introducción temprana de la alimentación complementaria

Al iniciar la AC a una temprana edad, la leche materna puede ser desplazada por otros alimentos de menor calidad nutricional. El consumo de los alimentos complementarios que no son aptos para el mes o la edad del infante puede dar lugar a un aumento de riesgo de EDA, desnutrición y deficiencia de nutrientes. La exposición de algunos alimentos antes de los 4 meses de edad puedan ocasionar riesgos de alergias a ciertos alimentos como se menciona anteriormente. (Noguera, Marquez, Campos & Santiago, 2013).

Introducción tardía de la alimentación complementaria

Retrasar la introducción de la AC tampoco es aconsejable debido a que aumentan los requerimientos energéticos y nutricionales del infante, por lo tanto, la leche materna por sí sola a partir del sexto mes, no proporciona la suficiente energía para un adecuado desarrollo del bebé. Además, puede causar retrasos en el crecimiento, la masticación, la aceptación de nuevos sabores y olores, también puede provocar alergias alimentarias, anemia neonatal y enfermedades como desnutrición aguda o crónica (Noguera et al., 2013). Al momento no existe evidencia científica que retrasar alimentos potencialmente alergenos más allá de los 6 meses de edad evite el desarrollo de alergias alimentarias, sin embargo, es recomendable seguir las pautas realizadas por la OMS, donde indica que se debe seguir con la lactancia materna e introducción progresiva de los distintos alimentos posiblemente alergenos de uno en uno, acompañado de los alimentos ya tolerables para variar la alimentación y mejorar el aporte nutricional.

Figura 55. (cont.)

Método tradicional o de cuchara

Es el método más usado y clásico que se lleva a cabo en la etapa del infante, consiste en introducir alimentos sólidos, líquidos, semilíquidos, en purés o papillas administradas bajo la supervisión de un adulto mediante una cuchara. El adulto tiene control sobre la velocidad y frecuencia en la que se ofrecen los alimentos, también hay un incremento paulatino en la consistencia, por lo que, antes de los 8 a 9 meses los alimentos deben tener una textura más grumosa y semi sólida, según las recomendaciones de organismos como la Asociación Española de Pediatría (AEP). A los 12 meses el lactante ya es capaz de ingerir el mismo tipo de alimentos que un adulto, con especial cuidado con los sólidos que presenten riesgo de ahogo (Cuadros et al., 2017).



Método mixto

Este método es una combinación del método tradicional con el método BLW, donde el bebé va a crear independencia, pasa tiempo con la familia, mejora el desarrollo de sus habilidades motoras y orales, experimenta variedad de texturas y sabores.

Figura 56. (cont.)

Método BLW

El BLW es un método alternativo de alimentación infantil que promueve la autoalimentación a partir de los seis meses de edad. Aunque no se menciona específicamente en las recomendaciones de la OMS, se está volviendo cada vez más común usarlo (D'Auria et al., 2018).

El BLW es recomendado para bebés sanos a término con desarrollo psicomotor adecuado, ya sean amamantados o con fórmula. Con la información adecuada y la precaución debida, la mayoría de las familias pueden practicar el método BLW de manera segura y eficaz. En prematuros, se puede evaluar de forma individual, pero siempre teniendo en cuenta la edad corregida, no se recomienda usar este método en niños con retrasos en el desarrollo y con dificultades neurológicas o motoras (D'Auria et al., 2018). Se menciona específicamente en las recomendaciones de la OMS, este método se está volviendo cada vez más común usarlo (D'Auria et al., 2018).

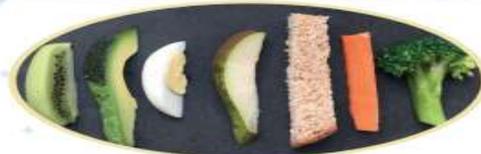


Figura 57. (cont.)

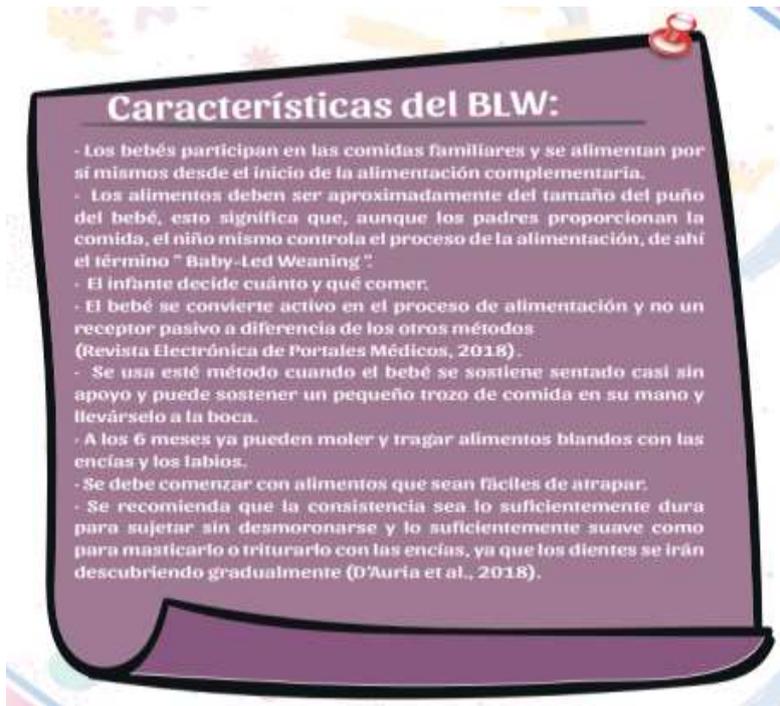


Figura 58. (cont.)



Figura 59. (cont.)

Bibliografía

Cuadros, M., Vichido, L., Montijo, B., Zarate, M., Cádena, L., Cervantes, B., Toro, M., & Ramirez, M. (2017). Actualidades en alimentación complementaria. *Acta Pediatr Mex*, 38(3), 182–201. <https://doi.org/10.18233/APM38No3pp182-2011390>

D'Auria, E., Bergamini, M., Staiano, A., Banderali, G., Pendezza, E., Penagini, F., Zuccotti, G. V., & Peroni, D. G. (2018). Destete dirigido por bebés: lo que agrega una revisión sistemática de la literatura. *Italian Journal of Pediatrics*, 44(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S13052-018-0487-8/TABLES/6>

Noguera, D., Marquez, J., Campos, I., & Santiago, R. (2013). Alimentación complementaria en niños sanos de 6 a 24 meses. *SciELO*, 76.

OMS. (2017). EMBARAZO. WHO. <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>

OMS. (2021). Alimentación del lactante y del niño pequeño. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

Revista Electrónica de Portales Médicos. (2018). Alimentación complementaria: El método Baby Led Weaning. *Revista Electrónica de Portales Médicos*. <https://www.revista-portales-medicos.com/revista-medica/alimentacion-complementaria-el-metodo-baby-led-weaning/>

Figura 60. (cont.)